

**PENGARUH TERAPI MODALITAS OKUPASI TERHADAP TINGKAT
KEMANDIRIAN LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA
WERDHA GAU MABAJI KAB. GOWA**



Skripsi

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar
Sarjana Keperawatan Pada Fakultas Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar**

Oleh :

HERNI HAMZAH

NIM : 70300110045

**PRODI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN
MAKASSAR**

2014

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Dengan penuh kesadaran, penyusun yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa skripsi ini benar adalah hasil karya penyusun sendiri. Jika dikemudian hari terbukti bahwa ia merupakan duplikat, tiruan, plagiat, atau dibuat oleh orang lain, sebagian atau seluruhnya, maka skripsi dan gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.

Makassar, 5 Agustus 2014

Penyusun,

HERNI HAMZAH
NIM. 70300110045



LEMBAR PERSETUJUAN UJIAN TUTUP

Skripsi ini telah kami setuju untuk diajukan pada Ujian Tutup di hadapan Tim penguji Program Studi keperawatan Fakultas Ilmu kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar dalam rangka penulisan skripsi.

Makassar, Agustus 2014

Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

H. Sukriyadi, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 19620911 198803 1 001

Muh.Basir, S. Kep.,Ns.,M. kes
NIP. 03 061083 01

Diketahui,

Ketua Prodi Keperawatan

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

FIK UIN Alauddin Makassar

ALAUDDIN
M A K A S S A R

Dr. Nur Hidayah, S.Kep.Ns.M.Kes
NIP. 19810405200604 2 003

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah segala puji bagi ALLAH SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya sehingga penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat dalam menempuh ujian akhir program studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan di Universitas Islam, Negeri Alauddin Makassar, tahun 2014 dengan judul “Pengaruh Terapi Modalitas Okupasi Terhadap Tingkat Kemandirian Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa”

Dalam penyusunan karya tulis ini penulis banyak mendapatkan bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak untuk itu perkenankan penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. H. A. Qadir Gassing, HT, MS selaku rektor Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.
2. Selaku Pjs Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar Prof. Dr. H. Ahmad M. Sewang, M.A
3. Selaku Wakil Dekan 1 Fatmawati Mallapiang, SKM.,M.Kes, Wakil Dekan 2 Dra. Hj. Faridha Yenny Nonci, M.Si.,A.pt dan Wakil Dekan 3 Drs. Wahyuddin G.,M.Ag Fakultas Ilmu Kesehatan yang memberi izin penelitian dan dedikasinya sebagai pemimpin.
4. DR. Nurhidayah, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Kepala Prodi Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar serta sebagai orang tua yang selalu memberikan arahan, pengetahuan dan bimbingannya selama pendidikan

sekaligus selaku sebagai penguji yang telah banyak memberikan masukan dan arahan guna penyempurnaan proposal penelitian ini.

5. Sukriyadi, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing pertama dalam menyusun skripsi ini.
6. Muh. Basir, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing kedua dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
7. DR. Nurhidayah, S.Kep.,Ns.,M.Kes dan Muhaemin, S.Ag,M.TH.I selaku penguji, terimakasih atas bimbingan, dukungan dan arahan yang bapak berikan. Semoga ilmu yang Bapak berikan menjadi amal jariyah di akhirat kelak.
8. Bapak dan Ibu dosen yang telah memberikan Ilmu bimbingan dan arahan selama berada di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar
9. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Keperawatan dan Seluruh Staf Akademik Fakultas Kesehatan UIN Alauddin Makassar, atas bantuan dan dedikasinya.
10. Kepala yayasan PSTW Gau Mabaji Kab. Gowa yang telah memberi kesempatan untuk melakukan penelitian di tempat tersebut dan khususnya kepada responden yang sangat berperan dalam penyelesaian penelitian ini.
11. Seluruh anggota keluarga yang Penulis sayangi. Kepada ibu, bapak, dan kedua adik perempuan Penulis yang selalu memberikan semangat, dan juga doa-doanya.

12. Seluruh sahabat Penulis di kampus ini. Kepada Junaedah Muis, Panca Setiyawani, Musdalifah Taftim, Nur Adhahiah Adsah, Meyli Asdarina, Mariana, Hijrawati, Marliani, Nani haerani, Nur Asiah dan Reski Rahmadani. Di kampus inilah kita saling mengenal melalui banyak hal, baik itu menyenangkan ataupun tidak. Di kampus inilah kita telah mengukir sebuah cerita tentang kita, tentang semangat kita, tentang air mata kita, dan tentang masa deapan kita.

13. Seluruh teman-teman di Fakultas Ilmu Kesehatan. Penulis tidak dapat menyebutkan satu persatu nama yang ada, akan tetapi keberadaan kalian di dalam hidup Penulis telah mengukir sebuah cerita tersendiri yang tidak akan Penulis lupakan.

Semoga segala amal kebbaikannya diterima oleh Allah SWT dan mendapat imbalan pahala dari Allah SWT.

Akhir kata semoga karya tulis yang sederhana dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan

Samata, Juli 2014

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
PERSETUJUAN UJIAN TUTUP	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
ABSTRAK	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Hipotesis.....	5
D. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif	5
E. Tujuan Penelitian	6
1. Tujuan Umum	6
2. Tujuan Khusus	6
F. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Tinjauan Umum Tentag Lansia.....	8
1. Pengertian Lanjut Usia.....	8
2. Batasan Lanjut Usia	9
3. Perubahan yang Terjadi pada Lanjut Usia	11
4. Tipe Lanjut Usia.....	19
5. Permasalahan Lanjut Usia.....	20

B. Tinjauan Umum Tentang Kemandirian	22
1. Kemandirian.....	22
2. Gambaran Tingkat Kemandirian Lansia	25
3. Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kemandirian pada Lansia	26
4. Aktivitas Kehidupan Sehari-hari pada Lansia (ADL).....	28
C. Tinjauan Umum Tentang Terapi Modalitas	34
1. Pengertian Terapi Modalitas	34
2. Tujuan Terapi Modalitas	35
3. Peran Perawat dalam Terapi Modalitas.....	36
4. Jenis-jenis Kegiatan Terapi Modalitas	38
5. Terapi Modalitas Okupasi Terhadap Kemandirian Lansia	43
D. Kerangka Konsep	46
E. Kerangka Kerja	47
F. Variabel yang Diteliti.....	48
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	49
A. Jenis Penelitian.....	49
B. Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian	50
C. Populasi dan Sampel	50
D. Instrument Penelitian	52
E. Sumber dan Cara Pengumpulan Data	54
F. Pengolahan dan Analisa Data.....	55
G. Etika Penelitian	57
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	58
A. Hasil Penelitian	58
1. Analisa Univariat	58
2. Analisa Bivariat.....	61
B. Pembahasan.....	65
C. Keterbatasan Penelitian.....	69

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	71
A. Kesimpulan	71
B. Saran.....	71
DAFTAR PUSTAKA	73
LAMPIRAN	77
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	78



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	:	Informed Consent
Lampiran 2	:	Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 3	:	Lembar Kuesioner
Lampiran 4	:	Indeks ADL Barthel
Lampiran 5	:	Program Terapi Okupasi
Lampiran 6	:	SOP (Standar Operasional)
Lampiran 7	:	Lembar observasi/evaluasi
Lampiran 8	:	Lembar hasil observasi
Lampiran 9	:	Master Tabel
Lampiran 10	:	Hasil Olah Data dengan Menggunakan SPSS
Lampiran 11	:	Dokumentasi



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1	Desain Penelitian Pengaruh Terapi Modalitas Okupasi Terhadap Tingkat Kemandirian Lansia Tahun 2014....
	49
Tabel 4.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan Sebelum Masuk Panti Sebelum Masuk Panti
	58
Tabel 4.2	Tes Uji Normalitas Data
	60
Tabel 4.3	Pengaruh Terapi Okupasi pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol.....
	61
Tabel 4.4	Tingkat Kemandirian Responden Sebelum dan Setelah Intervensi.....
	62
Tabel 4.5	Pengaruh Terapi Modalitas Okupasi Terhadap Tingkat Kemandirian Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa.....
	63

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian Pengaruh Terapi Modalitas Okupasi Terhadap Tingkat Kemandirian Lansia.....	46
Gambar 2.2 Kerangka Kerja Pengaruh Terapi Modalitas Okupasi Terhadap Tingkat Kemandirian Lansia.....	47



ABSTRAK

Nama : Herni Hamzah
NIM : 70300110045
Judul : Pengaruh Terapi Modalitas Okupasi Terhadap Tingkat Kemandirian Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa

Latar Belakang : Semakin meningkatnya ratio ketergantungan lanjut usia menjadikan peneliti ingin mengetahui cara meningkatkan tingkat kemandirian lansia. Terapi modalitas okupasi merupakan salah satu upaya untuk membentuk seseorang agar mandiri agar tidak tergantung pada pertolongan orang lain.
Tujuan : untuk mengetahui adanya pengaruh terapi modalitas okupasi terhadap tingkat kemandirian lansia.

Metode : Penelitian ini merupakan jenis penelitian *Quasy experimental Design* dengan menggunakan rancangan *pretest-posttest control group design*, dalam desain ini terdapat dua grup yang dipilih secara random kemudian diberi pretest untuk mengetahui perbedaan keadaan awal antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Uji sampel dalam penelitian ini menggunakan uji program SPSS.

Hasil : Dari uji Beda Paired T Test diketahui bahwa terapi modalitas okupasi berpengaruh secara signifikan terhadap tingkat kemandirian karena nilai *p value* (0.007) < 0.05 . Hasil *independent t-test* setelah perlakuan menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna tingkat kemandirian kelompok perlakuan dibanding dengan kelompok kontrol ($p=0.000$). Artinya terapi modalitas okupasi secara bermakna mempengaruhi tingkat kemandirian.

Kesimpulan : Dari penelitian ini ada pengaruh yang signifikan terapi modalitas okupasi dalam meningkatkan tingkat kemandirian, dan terdapat perbedaan yang bermakna tingkat kemandirian antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi ikut andil dalam meningkatkan kualitas hidup manusia dan menjadikan rata-rata usia harapan hidup bangsa Indonesia makin meningkat. Keadaan ini menyebabkan jumlah populasi lanjut usia (lansia) semakin besar, bahkan cenderung bertambah lebih cepat dan pesat (Nugroho, 2009).

Usia manusia akan terus bertambah seiring bergantinya waktu. Bersamaan dengan meningkatnya usia, beberapa fungsi vital dalam tubuh ikut mengalami kemunduran. Pendengaran mulai menurun, penglihatan kabur, dan kekuatan fisiknya pun mulai melemah. Kenyataan itulah yang dialami para lansia. Kemunduran fisik dan menurunnya fungsi organ dapat menyebabkan lansia menjadi tergantung kepada orang lain (Nugroho, 2008).

Fenomena ini menimbulkan permasalahan global. Permasalahan ini disebabkan keterbatasan lansia terutama karena faktor usia dan biologis. Salah satu contoh permasalahan yang ditimbulkan dari peningkatan jumlah penduduk lansia adalah peningkatan rasio ketergantungan lanjut usia (*old age dependency ratio*). Setiap penduduk usia produktif akan menanggung semakin banyak penduduk lansia (Komisi nasional lanjut usia, 2010).

Peningkatan jumlah penduduk lansia akan membawa dampak terhadap sosial ekonomi baik dalam keluarga, masyarakat, maupun dalam pemerintah. Implikasi ekonomis yang penting dari peningkatan jumlah

penduduk adalah peningkatan dalam ratio ketergantungan lansia (*old age ratio dependency*). Setiap penduduk usia produktif akan menanggung semakin banyak penduduk lansia (Setiawan, 2009).

Saat ini, di seluruh dunia, jumlah lanjut usia diperkirakan lebih dari 629 juta jiwa (satu dari sepuluh orang berusia lebih dari 60 tahun), dan pada tahun 2025, lanjut usia akan mencapai 1,2 milyar. Menurut perkiraan Biro Pusat Statistik, pada tahun 2005 di Indonesia, terdapat 18.283.107 penduduk lanjut usia. Jumlah ini akan melonjak hingga ± 33 juta orang lanjut usia (12 persen dari total penduduk) pada tahun 2020 dengan umur harapan hidup kurang lebih 70 tahun (Nugroho, 2008).

Bahkan pada tahun 2020-2025, Indonesia akan menduduki peringkat Negara dengan struktur dan jumlah penduduk lanjut usia setelah RRC, India, dan Amerika Serikat, dengan umur harapan hidup di atas 70 tahun. Menurut data demografi penduduk internasional yang dikeluarkan *Bureau of the census* USA 1993, dilaporkan bahwa Indonesia pada tahun 1990-2025 akan mengalami kenaikan jumlah lansia sebesar 4,4 persen, merupakan suatu angka tertinggi di seluruh dunia (Nugroho, 2008).

Adapun data yang diperoleh Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan jumlah usia lanjut sebanyak 1. 248. 436 jiwa usia lanjut di kota Makassar (Arbianto, 2013). Berdasarkan data lansia yang didapat dari panti sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa Tahun 2013, terdapat lansia berjumlah 100 orang terdiri dari laki-laki 39 orang dan perempuan 61 orang. Lansia di sana rata-rata berumur minimal 60 tahun.

Menurut salah satu petugas panti sosial Tresna Werdha Gau Mabaji mengatakan bahwa terdapat beberapa penyakit yang diderita oleh para lansia sehingga tidak memungkinkan untuk melakukan *activity of daily living*, seperti rematik dan hipertensi. Meskipun lansia secara alamiah mengalami penurunan dan kemunduran fisik, tetapi tidak menutup kemungkinan lansia dapat melakukan aktivitas dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari secara mandiri. Ketersediaan bantuan sepanjang waktu di rumah atau institusi layanan kesehatan atau rawatan rumah bersifat melindungi kebutuhan lansia untuk tetap tinggal di rumahnya dan mempertahankan kemandiriannya selama mungkin (Friedman, 2010).

Kemandirian pada lansia dinilai dari kemampuannya untuk melakukan aktifitas sehari-hari (*Activities of Daily Living / ADL*). *Activity of Daily Living* adalah suatu bentuk pengukuran kemampuan seseorang untuk melakukan *Activity of Daily Living* secara mandiri, sehingga dapat meminimalkan morbiditas lansia (Maryam, 2008).

Faktor yang mempengaruhi *activity of daily living* lansia dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, seperti: umur dan status perkembangan, kesehatan fisiologis, fungsi kognitif, fungsi psikososial, tingkat stres, ritme biologi dan status mental (Hardywinoto, 2007).

Terapi modalitas merupakan kegiatan yang dilakukan untuk mengisi waktu luang bagi lansia (Maryam, 2008). Terapi modalitas juga berarti suatu kegiatan dalam memberikan asuhan keperawatan baik di institusi pelayanan maupun di masyarakat yang bermanfaat bagi kesehatan lansia dan berdampak

terapeutik. Tujuan spesifik dari terapi modalitas menurut *Gostetamy* (1973) yaitu 1) menimbulkan kesadaran terhadap salah satu perilaku klien, 2) mengurangi gejala, 3) memperlambat kemunduran, 4) membantu adaptasi dengan situasi yang sekarang, 5) membantu keluarga dan orang-orang yang berarti, 6) mempengaruhi keterampilan merawat diri sendiri, 7) meningkatkan aktifitas, 8) meningkatkan kemandirian (Riyadi dan Purwanto, 2009).

Salah satu jenis kegiatan terapi modalitas yang akan dilakukan untuk mengetahui adanya pengaruh terapi modalitas yaitu terapi okupasi. Terapi kerja atau terapi okupasi adalah suatu ilmu dan seni pengarahan partisipasi seseorang untuk melaksanakan tugas tertentu yang telah ditetapkan. Terapi ini berfokus pada pengenalan kemampuan yang masih ada pada seseorang, pemeliharaan dan peningkatan bertujuan untuk membentuk seseorang agar mandiri, tidak tergantung pada pertolongan orang lain (Riyadi dan Purwanto, 2009). Terapi okupasi juga berfokus pada kemampuan fungsional klien dan cara untuk meningkatkan fungsi klien, misalnya bekerja dalam bidang seni dan kerajinan tangan serta berfokus pada keterampilan psikomotor (Videbeck, 2008).

Berdasarkan fenomena dan data di atas, serta berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Ni Nyoman Elfiyunai (2005) tentang adanya keefektifan terapi lingkungan terhadap tingkat ketergantungan kepada lansia depresi, di mana terapi lingkungan merupakan salah satu ruang lingkup dari terapi modalitas. Maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terapi modalitas dengan jenis terapi okupasi untuk melihat “pengaruh terapi

modalitas okupasi terhadap tingkat kemandirian lansia di panti sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa”.

B. Rumusan Masalah

Dari latar belakang di atas, rumusan masalah di dalam penelitian ini adalah “Apakah ada pengaruh terapi modalitas okupasi terhadap tingkat kemandirian pada lansia di panti sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa?”

C. Hipotesis

1. H_0 (Hipotesis Nol)

Tidak ada pengaruh terapi modalitas okupasi terhadap tingkat kemandirian lansia di panti sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa.

2. H_a (Hipotesis Alternatif)

Ada pengaruh terapi modalitas okupasi terhadap tingkat kemandirian lansia di panti sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa.

D. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif

1. Terapi Okupasi

Yang dimaksud dengan terapi okupasi dalam penelitian ini adalah memberikan pengarahannya partisipasi seseorang untuk melaksanakan tugas tertentu yang telah ditetapkan selama 2 minggu dan selanjutnya dilakukan evaluasi.

2. Kemandirian

Kemandirian pada lansia dinilai dari kemampuannya untuk melakukan aktifitas sehari-hari (*Activities of Daily Living / ADL*) seperti makan,

berpakaian, buang air besar/kecil dan mandi, dengan menggunakan indeks ADL Barthel.

Kriteria Objektif :

a. Mandiri :

Jika total skore berdasarkan indeks ADL barthel >20

b. Ketergantungan ringan :

Jika total skore berdasarkan indeks ADL barthel 12-19

c. Ketergantungan sedang

Jika total skore berdasarkan indeks ADL barthel 9-11

d. ketergantungan berat

Jika total skore berdasarkan indeks ADL barthel 5-8

e. ketergantungan total

Jika total skore berdasarkan indeks ADL barthel 0-4

Alat ukur : panduan wawancara, Indeks ADL Barthel

E. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah diketahuinya pengaruh terapi modalitas okupasi terhadap tingkat kemandirian lansia.

2. Tujuan khusus

- a. Diketahuinya tingkat kemandirian lansia sebelum terapi modalitas okupasi.
- b. Diketahuinya tingkat kemandirian lansia sesudah terapi modalitas okupasi.

- c. Diketuainya pengaruh terapi modalitas okupasi terhadap tingkat kemandirian lansia.

F. Manfaat Penelitian

Penelitian yang dilakukan dapat memberi manfaat sebagai berikut :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai salah satu media pembelajaran dan referensi mengenai terapi modalitas okupasi terhadap tingkat kemandirian lansia.

2. Bagi Institusi pelayanan kesehatan

Sebagai bahan pertimbangan dan masukan untuk melaksanakan asuhan keperawatan terkait terapi modalitas okupasi yang ditujukan kepada lansia yang memiliki ketergantungan sehingga nantinya lansia dapat mandiri.

3. Bagi Keperawatan

Sebagai bahan pertimbangan dan masukan untuk melakukan suhan keperawatan bagi lanjut usia dalam pemeliharaan kemandirian.

4. Bagi Masyarakat

Memberikan informasi kepada masyarakat tentang cara pemeliharaan terkait kemandirian pada usia lanjut.

5. Bagi Peneliti

Dengan penelitian ini, peneliti dapat menambah pengalaman tentang pengaruh terapi modalitas okupasi terhadap tingkat kemandirian lansia dan sebagai bahan pertimbangan bagi peneliti yang lain, khususnya penelitian terkait kemandirian usia lanjut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang Lansia

1. Pengertian lanjut usia

Lanjut usia adalah seseorang yang karena usianya yang lanjut mengalami perubahan biologis, fisik, kejiwaan, dan sosial. Perubahan ini akan memberikan pengaruh pada seluruh aspek kehidupan, termasuk kesehatannya. Oleh karena itu, kesehatan manusia lanjut usia perlu mendapat perhatian khusus dengan tetap dipelihara dan ditingkatkan agar selama mungkin dapat ikut serta berperan aktif dalam pembangunan (Murwani, 2010).

Lanjut usia adalah proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan struktur dan fungsi secara normal, ketahanan terhadap *injury* termasuk adanya infeksi (Paris Constantinides, 1994, dalam Mubarak dkk 2006).

Dalam Islam menjelaskan bahwa manusia diciptakan dari bayi yang lemah kemudian tumbuh menjadi dewasa yang kuat, seiring berjalannya waktu akan menjadi tua renta yang lemah. Itu sudah kodrat manusia yang tidak bisa dihindari.

Hal itu terdapat dalam firman Allah dalam Q.S. al-Rum ayat 54 :

﴿اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ

بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً تَخْلُقُ مَا يَشَاءُ ۚ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ﴾

Terjemahnya :

Allah, Dialah yang menciptakan kamu dari Keadaan lemah, kemudian Dia menjadikan (kamu) sesudah Keadaan lemah itu menjadi kuat, kemudian Dia menjadikan (kamu) sesudah kuat itu lemah (kembali) dan beruban. Dia menciptakan apa yang dikehendaki-Nya dan Dialah yang Maha mengetahui lagi Maha Kuasa. (QS. Al-Rum : 34)

Di dalam ayat ini menjelaskan bahwa seorang manusia semakin bertambah umurnya maka kemampuannya akan semakin berkurang dengan kata lain kembali menjadi lemah. Seperti saat dahulu ketika bayi, manusia lemah dan tidak memiliki pengetahuan, lalu dari hari ke hari ia menjadi kuat dan banyak tahu, selanjutnya bila usianya menanjak hingga mencapai batas tertentu dikembalikan Allah menjadi pikun, lemah, serta membutuhkan bantuan orang banyak. Itulah tanda kekuasaan Allah SWT yang tidak dapat diingkari keberadaannya.

2. Batasan lanjut usia

WHO dan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 menyebutkan bahwa umur 60 tahun adalah usia permulaan tua.

Berikut dikemukakan beberapa pendapat para ahli mengenai batasan umur menurut Nugroho (2008) :

a. Menurut organisasi kesehatan dunia, WHO, ada empat tahap, yakni:

- 1) Usia pertengahan (*middle age*) (45-59 tahun)
- 2) Lanjut usia (*elderly*) (60-74 tahun)
- 3) Lanjut usia tua (*old*) (75-90 tahun)
- 4) Usia sangat lanjut (*very old*) (di atas 90 tahun)

b. Menurut Bee (1996), tahapan masa dewasa adalah sebagai berikut:

- 1) Usia 18-25 tahun (masa dewasa muda)
- 2) Usia 25-40 tahun (masa dewasa awal)
- 3) Usia 40-65 tahun (masa dewasa tengah)
- 4) Usia 65-75 tahun (masa dewasa lanjut)
- 5) Usia >75 tahun (masa dewasa sangat lanjut)

c. Menurut Burnside (1979), pada empat tahap lanjut usia, yakni:

- 1) *Young old* (usia 60-69 tahun)
- 2) *Middle age old* (usia 70-79 tahun)
- 3) *Old-old* (usia 80-89 tahun)
- 4) *Very old-old* (usia 90 tahun ke atas)

Kalau pembagian umur dari beberapa ahli tersebut ditelaah, dapat disimpulkan bahwa yang disebut lanjut usia adalah orang yang telah berumur 65 tahun ke atas. Namun, di Indonesia, batasan lanjut usia adalah 60 tahun ke atas. Hal ini dipertegas dalam Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada Bab 1 pasal 1 Ayat 2.

3. Perubahan yang terjadi pada lanjut usia

Menurut Siti Maryam, R. dkk, (2008), perubahan yang terjadi pada lanjut usia adalah:

a. Perubahan fisik

1) Sel

Lebih sedikit jumlahnya, lebih besar ukurannya, berkurangnya jumlah cairan tubuh dan berkurangnya cairan tubuh dan berkurangnya cairan intraseluler, menurunnya proporsi protein di otak, otot ginjal darah, dan hati, jumlah sel otak menurun, terganggunya mekanisme perbaikan sel, otak menjadi atrofi, beratnya berkurang 5-10 persen.

2) Sistem persarafan

Berat otak menurun 10-20 persen (setiap orang berkurang sel saraf otaknya dalam setiap harinya), cepatnya menurun hubungan persarafan, lambat dalam responden waktu untuk bereaksi, khususnya dengan stres, mengecilnya syaraf panca indra (berkurangnya penglihatan, hilangnya pendengaran, mengecilnya saraf pencium dan perasa, lebih sensitif terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin), kurang sensitif terhadap sentuhan.

3) Presbiakusis (gangguan pada pendengaran)

Hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi,

suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50 persen terjadi pada usia diatas umur 65 tahun, *membrane timpani* menjadi atrofi menyebabkan otot seklerosis, terjadinya pengumpulan serumen dapat mengeras karena meningkatnya keratin, pendengaran bertambah menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan jiwa atau stres.

4) Sistem penglihatan

Sfingter pupil timbul sclerosis dan hilangnya respon terhadap sinar kornea lebih terbentuk sferis (bola), lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa) menjadi katarak menyebabkan gangguan penglihatan, meningkatnya ambang pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat, dan susah melihat dalam cahaya gelap, hilangnya daya akomodasi, menurunnya lapang pandang (berkurang luas pandang), menurunnya daya membedakan warna biru atau hijau pada skala.

5) Sistem kardiovaskuler

Elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku kemampuan jantung memompa darah menurun 1 persen setiap tahun sudah berumur 20 tahun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya, kehilangan elastisitas pembuluh darah, kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, perubahan posisi dari tidur ke duduk (duduk ke berdiri) bisa menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65 mmHg

(mengakibatkan pusing mendadak ± 170 mmHg, diastolis normal ± 90 mmHg).

6) Sistem pengaturan temperatur tubuh

Pada pengaturan suhu hipotalamus dianggap bekerja sebagai suatu *thermostat*, yaitu menetapkan suatu suhu tertentu, kemunduran terjadi berbagai faktor yang mempengaruhinya. Sebagai akibat sering ditemui temperatur tubuh menurun (hipotermia) secara fisiologik $\pm 35^{\circ}\text{C}$ ini akibat metabolisme yang menurun, keterbatasan refleks menggigil dan tidak memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi rendahnya aktifitas otot.

7) Sistem respirasi

Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku menurunnya aktifitas dari sili, paru-paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun, dan kedalaman bernafas menurun, alveoli ukurannya melebar dari biasa dan jumlahnya berkurang, O_2 pada arteri menurun menjadi 75 mmHg, CO_2 pada arteri tidak terganti, kemampuan pegas dinding dada dan kekuatan otot pernafasan akan menurun seiring dengan pertambahan usia.

8) Sistem gastrointestinal

Kehilangan gigi penyebab utama adanya *periodontal disease* yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun, penyebab lain meliputi kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk, indera pengecap

menurun adanya iritasi yang kronis dari selaput lendir, atrofi indra pengecap (± 80 persen) hilangnya sensitifitas dari saraf pengecap dilidah terutama rasa manis dan asin, hilangnya sensitifitas dari saraf pengecap tentang rasa asin, asam dan pahit, esophagus melebar, rasa lapar menurun (sensitifitas lapar menurun), asam lambung menurun, waktu mengosongkan menurun, peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi, fungsi absorpsi melemah (daya absorpsi terganggu), liver (hati) makin mengecil dan merunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah.

9) Sistem reproduksi

Menciutnya ovarium dan uterus, atrofi payudara, pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur, dorongan seksual menetap sampai usia diatas 70 tahun (asal kondisi kesehatan baik) yaitu kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia, hubungan seksual secara teratur membantu mempertahankan kemampuan seksual, tidak perlu cemas karena merupakan perubahan alami, selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi menjadi berkurang, reaksi sifatnya menjadi alkali dan terjadi perubahan-perubahan warna.

10) Sistem gastourinaria

Ginjal merupakan alat untuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh, melalui urine darah ke ginjal, disaring oleh

satuan (unit) terkecil dari ginjal yang disebut nefron (tepatnya di glomerulus), kemudian mengecil dan nefron menjadi atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50 persen, fungsi tubulus akibatnya berkurangnya kemampuan mengkonsentrasikan urin, berat jenis urin menurun proteinuria (biasanya +1), BUN (*Blood Urea Nitrogen*) meningkat sampai 21 mg, nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat, vesika urinaria (kandung kemih) ototnya menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 200 ml atau menyebabkan frekuensi buang air seni meningkat, vesika urinaria sudah dikosongkan pada pria lanjut usia sehingga mengakibatkan meningkatkan retensi urin, pembesaran prostat ± 75 persen dialami oleh pria usia di atas 65 tahun, atrovi vulva dan vagina, orang-orang yang makin menua *sexual intercourse* cenderung secara bertahap tiap tahun tetapi kapasitas untuk melakukan dan menikmati berjalan terus sampai tua.

11) Sistem endokrin

Produksi dari hampir semua hormon menurun, fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah, pertumbuhan hormon ada tetapi tidak rendah dan hanya ada didalam pembuluh darah, berkurangnya produksi dari ACTH, TSH, FSH, dan LH, menurunnya aktifitas tiroid, menurunnya BMR (*basal metabolic rate*), dan menurunnya daya pertukaran zat, menurunnya produksi aldosteron, menurunnya sekresi hormon kelamin, misalnya progesteron, estrogen, dan testosteron.

12) Sistem kulit (*integumentary system*)

Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak, permukaan kulit kasar dan bersisik (karena kehilangan proses keratinasi serta perubahan ukuran dan bentuk–bentuk sel epidermis), menurunnya respon terhadap trauma, mekanisme proteksi kulit menurun yaitu produksi serum menurun, gangguan pigmentasi kulit, kulit kepala dan rambut menipis berwarna kelabu, rambut dalam hidung dan telinga menebal, berkurangnya elastisitas akibat dari menurunnya cairan dan vaskularisasi, pertumbuhan kuku lebih lambat, kuku jari menjadi lebih keras dan rapuh, kuku kaki bertumbuh secara berlebihan dan seperti tanduk, kelenjar keringat berkurang jumlah dan fungsinya, kuku menjadi pudar, kurang bercahaya.

13) Sistem muskuloskeletal (*musculoskeletal system*)

Dewasa lansia yang melakukan aktifitas secara teratur tidak kehilangan massa atau tonus otot dan tulang sebanyak lansia yang tidak aktif. Serat otot berkurang ukurannya. Dan kekuatan otot berkurang sebanding penurunan massa otot. Penurunan massa dan kekuatan otot, demineralisasi tulang, pemendekan fosa akibat penyempitan rongga intravertebral, penurunan mobilitas sendi, tonjolan tulang lebih meninggi (terlihat). Tulang kehilangan *density* (cairan) dan makin rapuh, kifosis pinggang, pergerakan lutut dan jari–jari pergelangan terbatas, discus *intervertebralis* menipis dan

menjadi pendek (tingginya berkurang), persendian membesar dan menjadi rapuh, tendon mengerut dan mengalami sclerosis, atrof otot sehingga seseorang bergerak menjadi lamban, otot-otot kram menjadi tremor, otot-otot polos tidak begitu berpengaruh.

b. Perubahan mental

Faktor-faktor yang memengaruhi perubahan mental yaitu perubahan fisik khususnya organ perasa kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan (*hereditas*), dan lingkungan.

Kenangan (*memory*) terdiri dari kenangan jangka panjang (berjam-jam sampai berhari-hari yang lalu mencakup beberapa perubahan), dan kenangan jangka pendek atau seketika (0-10 menit, kenangan buruk).

I.Q. (Intellegentian Quantion) tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal, berkurangnya penampilan, persepsi dan ketrampilan psikomotor (terjadinya perubahan pada daya membayangkan karena tekanan-tekanan dari faktor waktu).

Semua organ pada proses menua akan mengalami perubahan struktural dan fisiologis, begitu juga otak. Perubahan ini disebabkan karena fungsi neuron di otak secara progresif. Kehilangan fungsi ini akibat menurunnya aliran darah ke otak, lapisan otak terlihat berkabut dan metabolisme di otak lambat. Selanjutnya sangat sedikit yang diketahui tentang pengaruhnya terhadap perubahan fungsi kognitif pada

lanjut usia. Perubahan kognitif yang di alami lanjut usia adalah demensia, dan delirium.

c. Perubahan psikososial

Nilai seseorang sering diukur melalui produktivitasnya dan identitasnya dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila mengalami pension (purnatugas), seseorang akan mengalami kehilangan, antara lain:

- 1) Kehilangan finansial (pendapatan berkurang)
- 2) Kehilangan status (dulu mempunyai jabatan/posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan semua fasilitas)
- 3) Kehilangan teman/kenalan atau relasi
- 4) Kehilangan pekerjaan/kegiatan dan
 - a) Merasakan atau sadar terhadap kematian, perubahan cara hidup (mamasuki rumah perawatan, bergerak lebih sempit).
 - b) Kemampuan ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan. Biaya hidup meningkat pada penghasilan yang sulit, biaya pengobatan bertambah.
 - c) Adanya penyakit kronis dan ketidakmampuan.
 - d) Timbul kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial.
 - e) Adanya gangguan saraf panca-indra, timbul kebutaan dan ketulian.
 - f) Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan.

- g) Rangkaian kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan famili.
- h) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik (perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri).

4. Tipe lanjut usia

Beberapa tipe pada lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonominya menurut Nugroho, 2000 dalam Maryam (2008).

Tipe tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut.

- a. Tipe arif bijaksana

Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.

- b. Tipe mandiri

Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan.

- c. Tipe tidak puas

Konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik, dan banyak menuntut.

d. Tipe pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama, dan melakukan kegiatan apa saja.

e. Tipe bingung

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh.

5. Permasalahan lanjut usia

Permasalahan yang terjadi pada lanjut usia menurut Nugroho (2008) dibagi menjadi dua yaitu:

a. Permasalah umum

- 1) Seiring dengan peningkatan jumlah penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan, terutama sebagai dampak sosial kritis moneter dan krisis ekonomi, jumlah lanjut usia yang mengalami permasalahan ini juga meningkat, bahkan ada sebagian lanjut usia dalam keadaan yang terlantar. Selain tidak mempunyai bekal hidup, pekerjaan, atau penghasilan, mereka sebatang kara.
- 2) Perkembangan pola kehidupan keluarga yang secara fisik mengarah pada bentuk keluarga kecil (*nuclear family*), terutama di kota besar, menyebabkan nilai kekerabatan dalam kehidupan keluarga besar (*extended family*) melemah.
- 3) Peningkatan mobilitas penduduk (termasuk lanjut usia) menyebabkan semakin meningkatnya kebutuhan terhadap

kemudahan transportasi dan atau komunikasi bagi para lanjut usia.

Yang saat ini belum dapat disediakan secara memadai.

- 4) Keterbatasan kegiatan pembinaan kesejahteraan lanjut usia oleh pemerintah dan masyarakat, baik berupa keterbatasan tenaga profesional, data yang lengkap, valid, relevan, dan akurat tentang karakteristik kehidupan dan penghidupan lanjut usia termasuk permasalahannya serta sarana pelayanan dan fasilitas khusus bagi para lanjut usia

b. Permasalahan khusus

- 1) Perubahan nilai sosial masyarakat, yaitu kecenderungan munculnya nilai sosial yang dapat mengakibatkan menurunnya penghargaan dan penghormatan kepada lanjut usia. Dalam masyarakat tradisional , biasanya lanjut usia sangat dihargai dan dihormati sehingga mereka masih dapat berperan dan berguna bagi masyarakat. Akan tetapi, dalam masyarakat industry, ada kecenderungan mereka kurang dihargai sehingga mereka merasa terisolasi dari kehidupan masyarakatnya.
- 2) Berkurangnya daya tahan tubuh lanjut usia dalam menghadapi pencemaran lingkungan serta kesulitan memperoleh lapangan kerja formal bagi lanjut usia.
- 3) Secara individu pengaruh proses menua dapat menimbulkan berbagai masalah baik secara fisik, biologis, mental, maupun secara ekonomis. Semakin lanjut usia, mereka akan mengalami

kemunduran terutama dibidang kemampuan fisik yang dapat menyebabkan penurunan peran sosial. Hal ini mengakibatkan pula timbulnya gangguan dalam hal mencukupi kebutuhan hidup sehingga dapat meningkatkan ketergantungan yang memerlukan bantuan orang lain.

- 4) Karena kondisinya, lanjut usia memerlukan tempat tinggal dan fasilitas perumahan yang khusus.
- 5) Lanjut usia tidak saja ditandai dengan kemunduran fisik, tetapi dapat pula mengalami pengaruh kondisi mental. Semakin lanjut usia seseorang, kesibukan sosialnya akan semakin berkurang. Hal ini dapat mengakibatkan berkurangnya integrasi dengan lingkungan. Kondisi ini dapat berdampak pada kebahagiaan seseorang.
- 6) Lanjut usia juga mengalami ketakutan, terutama ketergantungan fisik dan ekonomis. Sakit yang kronis (misalnya artritis, hipertensi, kardiovaskuler), kesepian, kebosanan, yang disebabkan oleh rasa tidak diperlukan.

B. Tinjauan Umum tentang Kemandirian

1. Kemandirian

Ketergantungan lanjut usia terjadi ketika mereka mengalami menurunnya fungsi luhur/pikun atau mengidap berbagai penyakit. Ketergantungan lanjut usia yang tinggal di perkotaan akan dibebankan pada anak, terutama anak wanita (Herwanto, 2002). Anak wanita pada umumnya sangat diharapkan untuk dapat membantu atau merawat mereka ketika

orang sudah lanjut usia. Anak wanita sesuai dengan citra dirinya yang memiliki sikap kelembutan, ketelatenan dan tidak adanya unsur “sungkan” untuk minta dilayani. Tekanan terjadi apabila lanjut usia tidak memiliki anak atau anak pergi urbanisasi ke kota. Mereka mengharapkan bantuan dari kerabat dekat, kerabat jauh, dan kemudian yang terakhir adalah panti werdha.

Mandiri adalah kebebasan untuk bertindak, tidak tergantung pada orang lain, tidak terpengaruh pada orang lain dan bebas mengatur diri sendiri atau aktivitas seseorang baik individu maupun kelompok dari berbagai kesehatan atau penyakit. Mandiri juga dikatakan merawat diri sendiri atau merawat diri dan dapat melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS), AKS ADL pekerjaan rutin sehari-hari seperti halnya: makan, minum, mandi, berjalan, tidur, duduk, BAB, BAK, atau bergerak (Abdul Hafizh, 2009).

Kemandirian adalah kemampuan atau keadaan dimana individu mampu mengurus atau mengatasi kepentingannya sendiri tanpa bergantung dengan orang lain (Zulfajri, 1995). Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi yang masih aktif (Maryam, 2008).

Dalam pandangan islam, kemandirian adalah sikap yang tidak menggantungkan hidup kepada orang lain. Di samping menjadi beban, gaya hidup yang tidak mandiri akan menjatuhkan kemuliaan seseorang dalam pandangan orang lain. Islam menganjurkan agar umatnya agar mandiri (Hasan, 2010)

Dewasa ini, kita sering menyaksikan orang yang mengaku muslim, yang sama sekali tidak berbuat sesuai dengan harapan ilmu. Mereka larut dalam bermain, gaul sia-sia, makan, minum, dan menghabiskan waktu percuma. Dengan sikap dan penampilan seperti ini akan sangat sulit mampu mengolah potensi diri untuk bisa mandiri dalam lingkungannya.

Allah SWT menjelaskan dalam Q. S. at-Taubah ayat 38.

Allah berfirman:

يَتَأْتِيهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا مَا لَكُمْ إِذَا قِيلَ لَكُمْ أَنْفِرُوا فِي سَبِيلِ اللَّهِ أَتَأْقَلْتُمْ إِلَى الْأَرْضِ ۚ

أَرْضَيْتُمْ بِالْحَيَاةِ الدُّنْيَا مِنَ الْآخِرَةِ ۚ فَمَا مَتَّعَ الْحَيَاةَ الدُّنْيَا فِي الْآخِرَةِ إِلَّا قَلِيلٌ



Terjemahnya:

“Hai orang-orang yang beriman, Apakah sebabnya bila dikatakan kepadamu: "Berangkatlah (untuk berperang) pada jalan Allah" kamu merasa berat dan ingin tinggal di tempatmu? Apakah kamu puas dengan kehidupan di dunia sebagai ganti kehidupan di akhirat? Padahal kenikmatan hidup di dunia ini (dibandingkan dengan kehidupan) diakhirat hanyalah sedikit.” (Q. S. At-Taubah: 38)

Kisah ini merupakan pernyataan “perang” dari Umar bin Khattab r.a terhadap semua bentuk pengangguran, kemalasan, dan sifat tidak giat.

Ayat ini mendorong kaum Muslimin untuk tampil berjuang di jalan Allah.

Ia dikemukakan dalam bentuk teguran, karena sebagian dari mereka

bermalas-malasan, atau enggan menyambut ajakan berjihad ke Tabuk (Kementrian Agama RI, 2010).

Berikut hadis tentang anjuran berjihad menurut Imam Malik bin Anas (2006):

وَحَدَّثَنِي عَنْ مَالِكٍ عَنْ أَبِي الزِّنَادِ عَنِ الْأَعْرَجِ عَنْ أَبِي هُرَيْرَةَ، أَنَّ رَسُولَ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ قَالَ: تَكْفَلَ اللَّهُ لِمَنْ جَاهَدَ فِي سَبِيلِهِ لَا يُخْرِجُهُ مِنْ بَيْتِهِ إِلَى الْجِهَادِ فِي سَبِيلِهِ وَتَصْدِيقُ كَلِمَاتِهِ، أَنْ يُدْخِلَهُ الْجَنَّةَ أَوْ يُرْدِيهِ إِلَى مَسْكَنِهِ الَّذِي خَرَجَ مِنْهُ مَعَ مَائَالٍ مِنْ أَجْرِ أَوْ غَنِيمَةٍ. (رَوَاهُ الْبُخَارِيُّ وَالْمُسْلِمُ وَالتِّرْمِذِيُّ وَالنَّسَائُ)

Artinya:

Ia menceritakan kepadaku, dari Malik, dari Abu Az-Zinad, dari Al A'raj, dari Abu Hurairah, bahwasanya Rasulullah SAW bersabda, “Allah menjamin orang yang berjihad di jalan-Nya, tidak ada yang mengeluarkannya dari rumahnya kecuali jihad di jalan-Nya dan karena membenarkan kalimat-kalimat-Nya, bahwa Allah akan memasukkannya ke surga atau mengembalikannya ke tempat semula ia keluar darinya dengan membawa pahala atau harta rampasan perang.” (dinukil oleh Al Bukhari, Muslim, An-Nasa’I, dan Ad-Darimi)

2. Gambaran tingkat kemandirian lansia

Dalam penelitian Rayendra (2012) mengemukakan bahwa lansia yang mandiri adalah lansia yang kondisinya sehat dalam arti luas masih mampu untuk menjalankan kehidupan pribadinya (Partini, 2005). Kemandirian lansia tidak hanya diukur dari kemampuan mereka dalam beradaptasi beraktivitas normal sehari-hari, tetapi juga dari kondisi tubuh ataupun kesehatan lansia. Semakin lemah kondisi kesehatan lansia semakin

berkurang pula tingkat kemampuan mereka dalam beraktivitas (Yunita, 2010).

Kemandirian pada lansia meliputi kemampuan lansia dalam melakukan aktifitas sehari-hari, seperti: mandi, berpakaian rapih, pergi ke toilet, berpindah tempat, dapat mengontrol BAK atau BAB, serta dapat makan sendiri (Ranah, 2006).

3. Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kemandirian pada Lansia

Dalam penelitian Halim (2010) mengemukakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kemandirian orang lanjut usia meliputi faktor kondisi kesehatan, faktor kondisi ekonomi dan faktor kondisi sosial.

a. Kondisi kesehatan

Lanjut usia yang memiliki tingkat kemandirian tertinggi adalah mereka yang secara fisik dan psikis memiliki kesehatan yang cukup prima. Dengan kesehatan yang baik mereka bisa melakukan aktivitas apa saja dalam kehidupannya sehari-hari seperti: mengurus dirinya sendiri, bekerja dan rekreasi.

Dengan demikian orang lanjut usia dengan kondisi kesehatan baik, dapat melakukan aktivitas apa saja. Sedangkan yang memiliki kondisi kesehatan sedang, cenderung memilih aktivitas yang memerlukan sedikit kegiatan fisik. Untuk mengerjakan beberapa aktivitas fisik dan psikis yang berat mereka memerlukan pertolongan dari orang lain. Dengan menurunnya kondisi kesehatan seseorang secara bertahap dalam ketidak mampuan secara fisik mereka hanya tertarik

pada kegiatan yang memerlukan sedikit tenaga dan kegiatan fisik (Hurlock, 1994).

b. Kondisi ekonomi

Pada kondisi ekonomi responden yang mandiri memiliki kondisi ekonomi sedang. Responden dengan kondisi ekonomi sedang berusaha tetap bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidupnya agar tidak tergantung pada anak atau keluarga lain. Dengan bekerja mereka akan memperoleh beberapa keuntungan yaitu selain mendapatkan penghasilan mereka dapat mengisi waktu senggang dengan kegiatan yang berguna, sehingga aktivitas fisik dan psikis tetap berjalan.

Dikatakan bahwa lansia yang masih aktif bekerja karena berbagai alasan, diantaranya karena desakan ekonomi. Dengan masih bekerja berarti mereka masih dapat menghidupi dirinya sendiri. Dalam kondisi seperti ini mereka memusatkan perhatian pada usaha untuk menghasilkan uang sehingga minat untuk mencari uang tidak lagi berorientasi pada apa yang ingin mereka beli, akan tetapi untuk sekedar menjaga agar mereka tetap mandiri.

c. Kondisi sosial

Mereka yang beragama Islam aktif dalam perkumpulan keagamaan, seperti Yasinan yang dilakukan tiap minggu dan pengajian setiap bulan, yang beragama Kristen/Katolik aktif dalam Kebaktian. Kegiatan ini dihadiri tidak hanya oleh orang lanjut usia saja. Tetapi juga dihadiri oleh bapak/ibu yang masih muda, dan pra lanjut usia. Mereka

berkumpul bersama untuk melakukan kegiatan tersebut. Kegiatan ini didukung teori pertukaran sosial dimana mereka melakukan kegiatan yang cara pencapaiannya dapat berhasil jika dilakukan dengan berinteraksi dengan orang lain (Gulardi, 1999). Lebih lanjut dijelaskan bahwa kondisipenting yang menunjang kebahagiaan bagi orang lanjut usia adalah menikmati kegiatan sosial yang dilakukan dengan kerabat keluarga dan teman-teman (Hurlock, 1994).

4. Aktivitas kehidupan sehari-hari pada lansia (ADL)

a. Pengertian

Suatu bentuk pengukuran kemampuan seseorang untuk melakukan *activity of daily living* (ADL) secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional yang dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tetap (Maryam, 2008).

Kemandirian bagi lansia juga dapat dilihat dari kualitas hidup. Kualitas hidup lansia dapat dinilai dari kemampuan melakukan *activity of daily living* (Setiati, 2000). ADL ada 2 yaitu, ADL standar dan ADL instrument. ADL standar meliputi kemampuan merawat diri seperti makan, berpakaian, buang air besar/kecil dan mandi. Sedangkan ADL instrument meliputi aktivitas yang kompleks seperti memasak, mencuci, menggunakan telepon, dan menggunakan uang (Silvina, 2011).

Kemampuan fungsional meliputi aktivitas hidup sehari-hari (*activity of daily living* [ADL]) dan juga aktivitas instrumental hidup sehari-hari (*instrumental activity of dayling* [IADL]) yakni keterampilan yang dibutuhkan untuk hidup mandiri (*mis.*, mengolah makanan, memasak menggunakan telepon, membersihkan rumah, dan mengatur keuangan). Secara keseluruhan, IADL terkait dengan kemampuan fisik dan kognitif individu (Miller (1999) dalam buku Lynda Juall Carpenito, 2009).

Skala ADL terdiri atas skala ADL dasar atau *Basic Activity of Daily Living* (BADLs), *Instrumental or Intermediate Activity of Daily Living* (IADLs) dan *Advanced Activity of Daily Living* (AADLs). Skala ADL dasar mengkaji kemampuan dasar seseorang untuk merawat dirinya sendiri (*self care*), dan hanya mewakili rentang (*range*) yang sempit dari kinerja (*performance*) (Silvina, 2011).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi *Activity of Daily Living* (ADL)

Menurut Hardywinoto, 2007 dalam Silvina (2011), kemauan dan kemampuan untuk melakukan ADL tergantung beberapa faktor, yaitu:

1) Umur dan status perkembangan

Umur dan status perkembangan seorang klien menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana klien bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan ADL. Saat perkembangan

dari bayi sampai dewasa, seseorang secara perlahan-lahan berubah dari tergantung menjadi mandiri dalam melakukan ADL.

2) Kesehatan fisiologis

Kesehatan fisiologis seseorang dapat mempengaruhi kemampuan partisipasi dalam ADL, contoh sistem nervus mengumpulkan, menghantarkan dan mengolah informasi dari lingkungan. Sistem muskuluskeletal mengkoordinasikan dengan sistem nervus sehingga dapat merespon sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan. Gangguan pada sistem ini misalnya karena penyakit, atau trauma injuri dapat mengganggu pemenuhan ADL.

3) Fungsi kognitif

Tingkat kognitif dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan ADL. Fungsi kognitif menunjukkan proses menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah. Proses mental memberikan kontribusi pada fungsi kognitif dapat mengganggu dalam berpikir logis dan menghambat kemandirian dalam melaksanakan ADL.

4) Fungsi psikososial

Fungsi psikososial menunjukkan kemampuan seseorang untuk mengingat suatu hal yang lalu dan menampilkan informasi pada suatu cara yang realistik. Proses ini meliputi interaksi yang kompleks antara perilaku intrapersonal dan interpersonal. Gangguan

pada intrapersonal contohnya akibat gangguan konsep diri atau ketidakstabilan emosi dapat mengganggu dalam tanggung jawab keluarga dan pekerjaan. Gangguan interpersonal seperti masalah komunikasi, gangguan interaksi sosial atau disfungsi dalam penampilan peran juga dapat mempengaruhi dalam pemenuhan ADL.

5) Tingkat stress

Stress merupakan respon fisik nonspesifik terhadap berbagai macam kebutuhan. Faktor yang dapat menyebabkan stress (stressor), dapat timbul dari tubuh atau lingkungan atau dapat mengganggu keseimbangan tubuh. Stressor tersebut dapat berupa fisiologis seperti injuri atau psikologi seperti kehilangan.

6) Ritme biologi

Ritme atau irama biologi membantu makhluk hidup mengatur lingkungan fisik di sekitarnya dan membantu homeostatis internal (keseimbangan dalam tubuh dan lingkungan). Salah satu irama biologi yaitu irama sirkadian, berjalan pada siklus 24 jam. Perbedaan irama sirkadian membantu pengaturan aktivitas meliputi tidur, temperature tubuh, dan hormone. Beberapa faktor yang ikut berperan pada irama sirkadian diantaranya faktor lingkungan seperti hari terang dan gelap, seperti cuaca yang mempengaruhi *activity of daily living*.

7) Status mental

Status mental menunjukkan keadaan intelektual seseorang.

Keadaan status mental akan memberikan implikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar individu. Seperti yang diungkapkan oleh Cahya yang dikutip dari Baltes, salah satu yang dapat mempengaruhi ketidakmandirian individu dalam memenuhi kebutuhannya adalah keterbatasan status mental. Seperti halnya lansia yang memorinya mulai menurun atau mengalami gangguan, lansia yang mengalami apraksia tentunya akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan-kebutuhan dasarnya.

c. Penilaian *Activity of Daily Living* (ADL)

Indeks ADL Barthel dapat dipakai untuk menilai ADL atau IADL.

	Nilai	Keterangan
1. Mengontrol BAB	0	Incotinance
	1	Kadang-kadang incontinence
	2	Incotinance teratur
2. Mengontrol BAK	0	Incotinance
	1	Kadang-kadang incontinence
	2	Incotinance teratur
3. Membersihkan diri (lap muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Tergantung pertolongan orang lain
	1	Perlu pertolongan pada beberapa aktivitas, tetapi beberapa

		aktivitas masih dapat dikerjakan sendiri
	2	Mandiri
4. <i>Toileting</i>	0	Tergantung pada orang lain
	1	Mandiri
5. Makan	0	Tidak mampu
	1	Butuh pertolongan orang lain
	2	Bantuan minimal 2 orang
	3	Mandiri
6. Berpindah tempat	0	Tidak mampu
dari kursi ke tempat tidur	1	Perlu pertolongan untuk bisa duduk
	2	Bantuan minimal 2 orang
	3	Mandiri (kadang dibantu)
7. Mobilisasi/berjalan	0	Tidak mampu
	1	Bisa berjalan dengan kursi roda
	2	Bisa berjalan dengan bantuan orang lain
	3	Mandiri (kadang dibantu)
8. Berpakaian	0	Tergantung pertolongan orang lain
	1	Sebagian dibantu
	2	Mandiri

9. Naik turun tangga	0	Tidak mampu
	1	Butuh pertolongan
	2	Mandiri
10. Mandi	0	Tergantung pertolongan orang lain
	1	Mandiri
Total nilai =		

Nilai ADL :

>20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan ringan

9-11 : Ketergantungan sedang

5-8 : ketergantungan berat

0-4 : ketergantungan total

Evaluasi dari status fungsional ini bermanfaat untuk melakukan kualitas hidup pasien geriatrik, bahkan dapat memperpanjang usia harapan hidup dari lansia itu sendiri sebagai bagian proses rehabilitasi.

C. Tinjauan Umum tentang Terapi Modalitas

1. Pengertian terapi modalitas

Terapi modalitas merupakan kegiatan yang dilakukan untuk mengisi waktu luang bagi lansia (Siti Maryam, 2008). Terapi modalitas adalah suatu kegiatan dalam memberikan asuhan keperawatan baik di

institusi pelayanan maupun di masyarakat yang bermanfaat bagi kesehatan lansia dan berdampak terapeutik. Pencapaian tujuan terapi modalitas tergantung pada keadaan kesehatan klien dan tingkat dukungan yang tersedia. Terapi modalitas adalah suatu kegiatan dalam memberikan askep baik di institusi maupun di masyarakat yang bermanfaat dan berdampak terapeutik (Riyadi dan Purwanto, 2009).

2. Tujuan terapi modalitas

Tujuan terapi modalitas menurut Maryam (2008) :

- a. Mengisi waktu luang bagi lansia.
- b. Meningkatkan kesehatan lansia.
- c. Meningkatkan produktivitas lansia.
- d. Meningkatkan interaksi sosial antarlansia.

Tujuan yang spesifik dari terapi modalitas menurut “Gostetamy 1973” dalam Riyadi dan Purwanto, (2009).

- a. Menimbulkan kesadaran terhadap salah satu perilaku klien.
- b. Mengurangi gejala.
- c. Memperlambat kemunduran.
- d. Membantu adaptasi dengan situasi yang sekarang.
- e. Membantu keluarga dan orang-orang yang berarti.
- f. Mempengaruhi keterampilan merawat diri sendiri.
- g. Meningkatkan aktivitas.
- h. Meningkatkan kemandirian.

3. Peran perawat dalam terapi modalitas

Peran perawat menurut Purwaningsih, dkk, 2009 yaitu:

a. Distribusi kekuatan

Petugas kesehatan mendistribusikan pengetahuan, pengalaman kepada seluruh staf sesuai dengan wewenang masing-masing agar kebutuhan yang dibuat bertujuan sama dan yang terbaik untuk pasien.

b. Komunikasi terbuka

Komunikasi dilakukan oleh perawat untuk mendapatkan informasi guna menetapkan keputusan.

c. Memperhatikan struktur interaksi

Struktur interaksi meliputi :

- 1) Sikap bersahabat
- 2) Penuh prihatin
- 3) Lembut dan tegas

Sebagaimana telah dijelaskan dalam al-Qur'an Allah SWT berulang kali mengingatkan agar kita senantiasa berbuat baik kepada orang tua, terlebih lagi bila mereka mencapai usia lanjut.

Allah berfirman dalam Q.S al-Isra (17:23)

﴿ وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَنًا ۚ إِنَّمَا يَبُلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ

أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أُفٍّ وَلَا تَنْهَرُهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا ۝

Terjemahnya :

Dan Tuhanmu telah memerintahkan supaya kamu jangan menyembah selain Dia dan hendaklah kamu berbuat baik pada ibu bapakmu dengan sebaik-baiknya. jika salah seorang di antara keduanya atau Kedua-duanya sampai berumur lanjut dalam pemeliharaanmu, Maka sekali-kali janganlah kamu mengatakan kepada keduanya Perkataan "ah" dan janganlah kamu membentak mereka dan ucapkanlah kepada mereka Perkataan yang mulia. (Q.S al-Isra: 23)

Dalam ayat ini, Allah memerintahkan kepada seluruh manusia agar berbuat baik kepada kedua ibu bapak mereka. Penyebutan perintah ini sesudah perintah beribadah hanya kepada Allah mempunyai maksud agar manusia memahami betapa pentingnya berbuat baik terhadap ibu bapak. Juga bermaksud agar mereka mensyukuri kebaikan kedua ibu bapak, betapa beratnya penderitaan yang telah mereka rasakan, baik pada saat melahirkan maupun ketika kesulitan dalam mencari nafkah, mengasuh, dan mendidik anak-anak dengan penuh kasih sayang. Maka pantaslah apabila berbuat baik kepada kedua ibu bapak dijadikan sebagai kewajiban yang paling penting di antara kewajiban-kewajiban yang lain, dan diletakkan Allah dalam urutan kedua sesudah kewajiban manusia beribadah hanya kepada-Nya.

Ada beberapa hadis Nabi saw yang memerintahkan agar kaum

Muslimin berbakti kepada kedua ibu bapaknya:

عَنْ أَبِي عَبْدِ اللَّهِ بْنِ عُمَرَ قَالَ: أَنَّ رَجُلًا جَاءَ إِلَى النَّبِيِّ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ يَسْتَأْذِنُهُ فِي الْجِهَادِ فَقَالَ أَحْيِي وَالِدَاكَ؟ قُلْتُ نَعَمْ قَالَ فَفِيهِمَا فَجَاهِدْ. (رَوَاهُ مُسْلِمٌ وَابْنُ خَالٍ فِي الْأَدَبِ)

Artinya :

Diriwayatkan dari 'Abdullah bin 'Umar bahwa sesungguhnya telah datang seorang laki-laki kepada Nabi saw meminta izin kepadanya, agar diperbolehkan ikut berperang bersamanya, lalu Nabi bersabda, "Apakah kedua orang tuamu masih hidup?" Orang laki-laki itu menjawab, "Ya." Nabi bersabda, Maka berjihadlah kamu dengan berbakti kepada orang tuamu." (Riwayat Muslim dan al-Bukhari dalam bab al-adab)

سَأَلْتُ رَسُولَ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ أَيُّ الْعَمَلِ أَحَبُّ إِلَيَّ وَرَسُولُهُ؟ قَالَ الصَّلَاةُ عَلَى وَفَّيْهَا، قُلْتُ ثُمَّ أَيُّ؟ قَالَ بِرُّ الْوَالِدَيْنِ. (رَوَاهُ الْبُخَارِيُّ وَمُسْلِمٌ عَنْ ابْنِ مَسْئُودٍ)

Artinya :

Saya bertanya kepada Rasulullah saw, "Amal yang manakah yang paling dicintai Allah dan Rasul-Nya?" Rasulullah menjawab, "Melakukan salat pada waktunya." Saya bertanya, "Kemudian amal yang mana lagi?" Rasulullah menjawab, "Berbuat baik kepada ibu bapak." (Riwayat al-Bukhari dan Muslim dari Ibnu Mas'ud)

4. Jenis-jenis kegiatan terapi modalitas

Ruang lingkup terapi modalitas yaitu :

- Terapi lingkungan (berkebun, bermain dengan binatang, rekreasi)
- Terapi keluarga (rekreasi)
- Terapi modifikasi perilaku (mendengarkan musik)
- Terapi rehabilitasi (okupasi "keterampilan/kejuruan, kegiatan fisik")

- e. Psikoanalisa psikoterapi (kegiatan keagamaan)
- f. Terapi psikodarma (drama, cerita “pengalaman pribadi (life review terapi)”))
- g. Terapi aktivitas kelompok (cerdas cermat, mengisi TTS, prakarya)

- a. Psikodrama

- b. Terapi aktivitas kelompok (TAK)

- c. Terapi musik

- d. Terapi berkebun

- e. Terapi dengan binatang

f. Terapi okupasi

1) Sejarah terapi okupasi

Pekerjaan atau okupasi sejak dulu kala telah dikenal sebagai sesuatu untuk mempertahankan hidup atau survival. Namun juga diketahui sebagai sumber kesenangan. Dengan bekerja seseorang akan menggunakan otot-otot dan pikirannya, misalnya dengan melakukan permainan (game), latihan gerak badan, kerajinan tangan dan lain-lain, dan hal ini akan mempengaruhi kesehatannya juga.

Pada tahun 2600SM orang-orang di Cina berpendapat bahwa penyakit timbul karena ketidakaktifan organ tubuh dengan jiwa. Hypoocrates selalu menganjurkan pasiennya untuk melakukan latihan gerak badan sebagai salah satu cara pengobatan pasiennya.

Di Mesir dan Yunani (2000 SM) dijelaskan bahwa rekreasi dan permainan adalah salah satu media terapi yang ampuh, misalnya menari, bermain musik, bermain boneka untuk anak-anak bermain bola.

Pekerjaan diketahui sangat bermanfaat bagi perkembangan jiwa maupun fisik manusia. Socrates berkata bahwa seseorang harus membiasakan diri dengan selalu bekerja secara sadar dan jangan bermalas-malasan. Pekerjaan dapat juga

digunakan sebagai pengalihan perhatian atau pikiran sehingga menjadi segar kembali untuk memikirkan hal-hal yang lain.

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas maka okupasi terapi mulai berkembang dan diterapkan pada abad 19. Philipine pinel memperkenalkan terapi kerja pada tahun 1786 di suatu rumah sakit jiwa di paris.

2) Pengertian

Terapi kerja atau terapi okupasi adalah suatu ilmu dan seni pengarahan partisipasi seseorang untuk melaksanakan tugas tertentu yang telah ditetapkan. Terapi ini berfokus pada pengenalan kemampuan yang masih ada pada seseorang, pemeliharaan dan peningkatan bertujuan untuk membentuk seseorang agar mandiri, tidak tergantung pada pertolongan orang lain (Riyadi dan Purwanto, 2009).

3) Adapun tujuan terapi okupasi menurut Riyadi dan Purwanto (2009), adalah :

a) Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi mental:

- Menciptakan kondisi tertentu sehingga klien dapat mengembangkan kemampuannya untuk dapat berhubungan dengan orang lain dan masyarakat sekitarnya.
- Membantu melepaskan dorongan emosi secara wajar.
- Membantu menemukan kegiatan sesuai bakat dan kondisinya.

- Membantu dalam pengumpulan data untuk menegakkan diagnosa dan terapi.
- b) Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi fisik, meningkatkan gerak, sendi, otot dan koordinasi gerakan.
- c) Mengajarkan ADL seperti makan, berpakaian, BAK, BAB dan sebagainya.
- d) Membantu klien menyesuaikan diri dengan tugas rutin di rumah.
- e) Meningkatkan toleransi kerja, memelihara dan meningkatkan kemampuan yang dimiliki.
- f) Menyediakan berbagai macam kegiatan agar dicoba klien untuk mengetahui kemampuan mental dan fisik, kebiasaan, kemampuan bersosialisasi, bakat, minat dan potensinya.
- g) Mengarahkan minat dan hobi untuk dapat digunakan setelah klien kembali di lingkungan masyarakat.

4) Peranan aktivitas dalam terapi okupasi

Muhaj (2009), mengungkapkan aktivitas yang digunakan dalam terapi okupasi, sangat dipengaruhi oleh kontens terapi secara keseluruhan, lingkungan, sumber yang tersedia, dan juga oleh kemampuan si terapi sendiri (pengetahuan, keterampilan, minat dan kreativitasnya).

Jenis kegiatan yang dapat dilakukan meliputi: latihan gerak badan, olahraga, permainan tangan, kesehatan, kebersihan, dan kerapian pribadi, pekerjaan sehari-hari (aktivitas kehidupan

sehari-hari, seperti dengan mengajarkan merapikan tempat tidur, meyapu dan mengepel), praktik prevokasional, seni (tari, musik, lukis, drama, dan lain-lain), rekreasi (tamasya, nonton bioskop atau drama), diskusi dengan topik tertentu (berita surat kabar, majalah, televisi, radio atau keadaan lingkungan) (Muhaj, 2009).

g. Terapi kognitif

Bertujuan agar daya ingat tidak menurun. Seperti mengadakan cerdas cermat, mengisi TTS, dan lain-lain.

h. *Life review terapi*

Bertujuan untuk meningkyakan gairah hidup dan harga diri dengan menceritakan pengalaman hidupnya.

i. Rekreasi

Bertujuan untuk meningkatkan sosialisasi, gairah hidup, menurunkan rasa bosan, dan melihat pemandangan.

j. Terapi keagamaan

Bertujuan untuk kebersamaan, persiapan menjelang kematian, dan meningkatkan rasa nyaman. Seperti mengadakan pengajian, kebaktian, dan lain-lain.

5. Terapi modalitas okupasi terhadap kemandirian lansia

Meskipun belum ada penelitian jelas terkait pengaruh terapi modalitas okupasi terhadap kemandirian lansia, namun telah dijelaskan oleh Maryam (2008) bahwa tujuan terapi modalitas terhadap lansia yaitu:

a. Mengisi waktu luang bagi lansia.

- b. Meningkatkan kesehatan lansia.
- c. Meningkatkan produktivitas lansia.
- d. Meningkatkan interaksi sosial antarlansia.

Sesuai dengan tujuan yang spesifik dari terapi modalitas menurut “Gostetamy 1973” yaitu : mempengaruhi keterampilan merawat diri sendiri, meningkatkan aktivitas, serta meningkatkan kemandirian.

Dimana mandiri adalah kebebasan untuk bertindak, tidak tergantung pada orang lain, tidak terpengaruh pada orang lain dan bebas mengatur diri sendiri atau aktivitas seseorang baik individu maupun kelompok dari berbagai kesehatan atau penyakit. Mandiri juga dikatakan merawat diri sendiri atau merawat diri dan dapat melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS), AKS ADL pekerjaan rutin sehari-hari seperti halnya: makan, minum, mandi, berjalan, tidur, duduk, BAB, BAK, atau bergerak (Abdul Hafizh, 2009).

Teori ini dapat dikaitkan dengan teori yang dikemukakan oleh Setiati, (2002) dalam Silvina Primadayanti (2011) “Kemandirian bagi lansia juga dapat dilihat dari kualitas hidup. Kualitas hidup lansia dapat dinilai dari kemampuan melakukan *activity of daily living* (Setiati, 2000). *Activity of daily living* (ADL) ada 2 yaitu, ADL standar dan ADL instrument. ADL standar meliputi kemampuan merawat diri seperti makan, berpakaian, buang air besar/kecil dan mandi. Sedangkan ADL instrument meliputi aktivitas yang kompleks seperti memasak, mencuci, menggunakan telepon, dan menggunakan uang.”

Menurut Riyadi dan Purwanto :

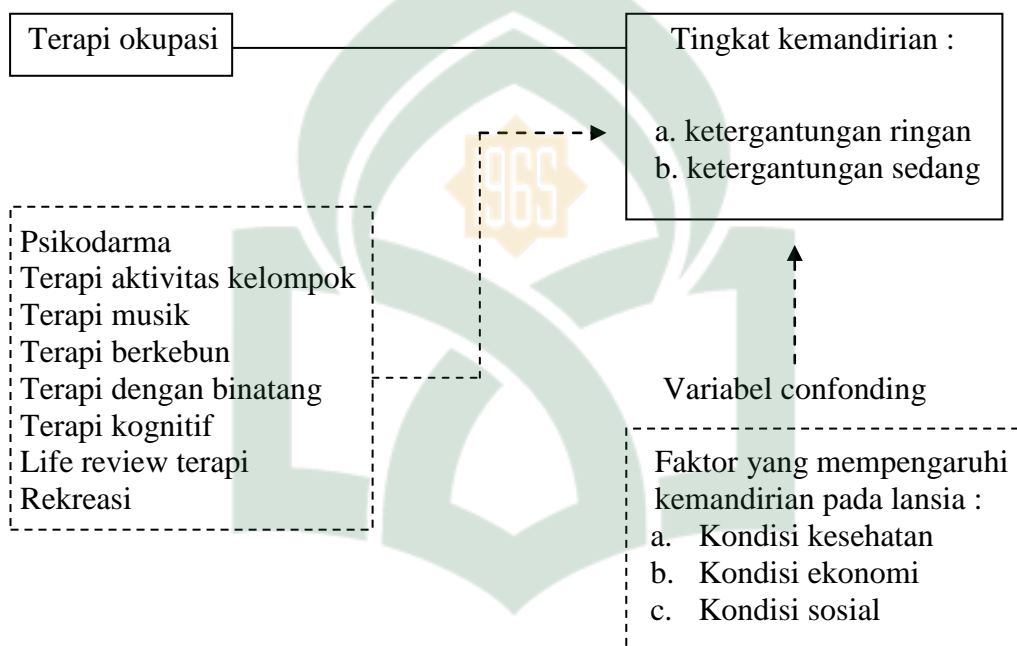
- a. Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi mental:
 - 1) Menciptakan kondisi tertentu sehingga klien dapat mengembangkan kemampuannya untuk dapat berhubungan dengan orang lain dan masyarakat sekitarnya.
 - 2) Membantu melepaskan dorongan emosi secara wajar.
 - 3) Membantu menemukan kegiatan sesuai bakat dan kondisinya.
 - 4) Membantu dalam pengumpulan data untuk menegakkan diagnosa dan terapi.
- b. Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi fisik, meningkatkan gerak, sendi, otot dan koordinasi gerakan.
- c. Mengajarkan ADL seperti makan, berpakaian, BAK, BAB dan sebagainya.
- d. Membantu klien menyesuaikan diri dengan tugas rutin di rumah.
- e. Meningkatkan toleransi kerja, memelihara dan meningkatkan kemampuan yang dimiliki.
- f. Menyediakan berbagai macam kegiatan agar dicoba klien untuk mengetahui kemampuan mental dan fisik, kebiasaan, kemampuan bersosialisasi, bakat, minat dan potensinya.
- g. Mengarahkan minat dan hobi untuk dapat digunakan setelah klien kembali dilingkungan masyarakat.

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu variabel dependen dan variabel independen. Variabel independen yaitu pemberian terapi modalitas yakni terapi okupasi, sedangkan variabel dependen yaitu tingkat kemandirian.

Variabel independen

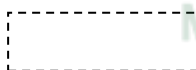
Variabel dependen



Keterangan :



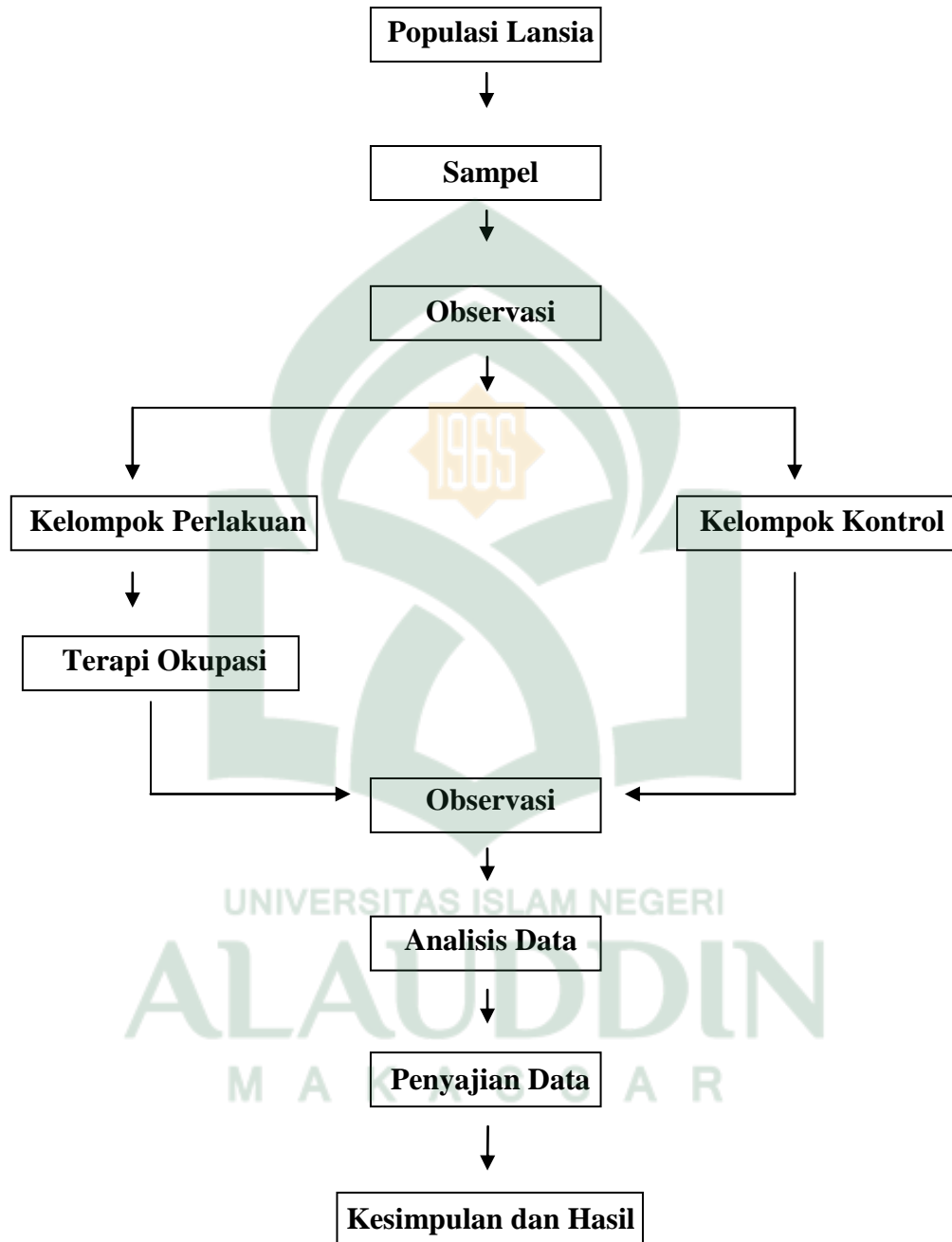
: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti

Gambar 2.1 kerangka konsep penelitian pengaruh terapi modalitas okupasi terhadap tingkat kemandirian lansia.

E. Kerangka Kerja



Gambar 2.2 kerangka kerja pengaruh terapi modalitas okupasi terhadap tingkat kemandirian lansia

F. Variabel yang Diteliti

Variabel dependen :

1. Variabel dependen (terikat)

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat kemandirian lansia di panti sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa.

2. Variabel independen (bebas)

Variabel independen dalam penelitian ini adalah terapi modalitas yakni terapi okupasi.



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Quasy experimental Design* dengan menggunakan rancangan *pretest-posttest control group design*, dalam desain ini terdapat dua group yang dipilih secara random kemudian diberi pretest (pengamatan awal) untuk mengetahui perbedaan keadaan awal antara group perlakuan dan group kontrol sebelum diberikan intervensi atau perlakuan tertentu (O) pada group perlakuan. Setelah diberikan intervensi, kemudian dilakukan *posttest* (pengamatan akhir) pada kedua group.

Bagan penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1 Desain penelitian pengaruh terapi modalitas okupasi terhadap tingkat kemandirian lansia tahun 2014

Pretest	Perlakuan	Posttest
X ₁	O	X ₂
Y ₂		Y ₂

Sumber : Data primer, 2014

Keterangan :

X₁ = Observasi tingkat kemandirian pada kelompok perlakuan sebelum pemberian terapi modalitas okupasi.

X₂ = Observasi tingkat kemandirian pada kelompok perlakuan setelah pemberian terapi modalitas okupasi.

Y_1 = Observasi tingkat kemandirian pada kelompok kontrol

sebelum pemberian terapi modalitas okupasi.

Y_2 = Observasi tingkat kemandirian pada kelompok kontrol

setelah pemberian terapi modalitas okupasi.

O = Pemberian terapi modalitas okupasi

B. Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Lokasi penelitian ini dilaksanakan di panti sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai tanggal 02 juni-15 juni 2014.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi merupakan seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti. Bukan hanya objek atau subjek yang dipelajari saja tetapi seluruh karakteristik atau sifat yang dimiliki subjek atau objek tersebut (Aziz Alimul, 2008).

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2004). Dalam penelitian ini populasi adalah

semua lansia penghuni panti sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa yaitu berjumlah 100 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Aziz Alimul, 2008).

Penelitian ini menggunakan *Purposive Sampling* artinya menetapkan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya. Dalam penelitian ini, perbandingan jumlah sampel kelompok perlakuan dan kontrol adalah 1 : 1 yaitu 9 orang untuk kelompok perlakuan dan 9 orang untuk kelompok kontrol.

Adapun pertimbangan kriterianya adalah sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi

1. Kelompok perlakuan

- a) Lansia yang mengalami tingkat ketergantungan ringan dan sedang
- b) Mampu berkomunikasi dengan baik
- c) Lansia yang berumur 60-75 tahun
- d) Bersedia menjadi responden
- e) Islam

2. Kelompok kontrol

Mempunyai karakteristik yang sama dengan kelompok perlakuan.

b. Kriteria eksklusi

1. Lansia yang mengalami tingkat ketergantungan berat dan total.
2. Lansia yang sakit saat penelitian.
3. Lansia yang memiliki penyakit kronik seperti jantung, stroke dan lain-lain.

D. Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan instrument berupa lembar observasi dengan menggunakan *Indeks ADL Barthel*

	Nilai	Keterangan
1. Mengontrol BAB	0	Incotinence
	1	Kadang-kadang incontinence
	2	Incotinence teratur
2. Mengontrol BAK	0	Incotinence
	1	Kadang-kadang incontinence
	2	Incotinence teratur
3. Membersihkan diri (lap muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Tergantung pertolongan orang lain
	1	Perlu pertolongan pada beberapa aktivitas, tetapi beberapa aktivitas masih dapat dikerjakan sendiri
	2	Mandiri
4. <i>Toileting</i>	0	Tergantung pada orang lain

	1	Mandiri
5. Makan	0	Tidak mampu
	1	Butuh pertolongan orang lain
	2	Bantuan minimal 2 orang
	3	Mandiri
6. Berpindah tempat	0	Tidak mampu
dari kursi ke tempat	1	Perlu pertolongan untuk bisa
tidur		duduk
	2	Bantuan minimal 2 orang
	3	Mandiri (kadang dibantu)
7. Mobilisasi/berjalan	0	Tidak mampu
	1	Bisa berjalan dengan kursi roda
	2	Bisa berjalan dengan bantuan
		orang lain
	3	Mandiri (kadang dibantu)
8. Berpakaian	0	Tergantung pertolongan orang
		lain
	1	Sebagian dibantu
	2	Mandiri
9. Naik turun tangga	0	Tidak mampu
	1	Butuh pertolongan
	2	Mandiri
10. Mandi	0	Tergantung pertolongan orang

	1	lain Mandiri
Total nilai =		

Nilai ADL :

>20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan ringan

9-11 : Ketergantungan sedang

5-8 : ketergantungan berat

0-4 : ketergantungan total

E. Sumber dan Cara Pengumpulan Data

1. Sumber data

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung oleh responden, yaitu lansia yang diberikan terapi. Dengan menggunakan metode panduan observasi dalam hal ini *Indeks ADL Barthel*.

Setelah sampel terpilih kemudian diberi *informend consent* untuk persetujuan, bersedia menjadi responden. Responden yang setuju kemudian diberikan terapi okupasi dengan membuat keterampilan, kemudian diukur kembali tingkat kemandiriannya.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari sumber lain, dalam hal ini peneliti mengambil data dari dokumentasi Panti Tresna Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa.

2. Cara pengumpulan data

- a. Melakukan observasi dan mengukur tingkat kemandirian pada lansia dengan menggunakan indeks ADL barthel yang ada di panti sosial Tresna Werdha Gau Mabaji yang kemudian mengalami ketergantungan ringan dan ketergantungan sedang, baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol untuk dijadikan responden.
- b. Memperkenalkan diri, maksud dan tujuan penelitian.
- c. Terapi modalitas okupasi selama 2 minggu bagi kelompok perlakuan.
- d. Mengukur tingkat kemandirian lansia pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan menggunakan indeks ADL barthel.

F. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan data

Pengolahan data dilakukan secara manual yaitu dengan melakukan metode wawancara. Pengolahan tersebut kemudian diolah menggunakan program SPSS dengan tahap-tahap sebagai berikut :

a. *Editing*

Proses *editing* dilakukan setelah data terkumpul dan dilakukan dengan memeriksa kelengkapan data, kesalahan pengisian dan konsistensi dari setiap jawaban.

b. Koding

Dilakukan untuk memudahkan dalam pengolahan data, semua jawaban atau data perlu disederhanakan dengan simbol-simbol tertentu, untuk setiap jawaban (pengkodean).

c. Tabulasi data

Setelah selesai pembuatan kode selanjutnya dengan pengolahan data ke dalam satu table menurut sifat-sifat yang dimiliki sesuai dengan tujuan penelitian.

2. Analisa data

Setelah dilakukan tabulasi data, selanjutnya data diolah dengan menggunakan metode uji statistik sebagai berikut:

a. Analisis univariat

Adalah proses menganalisis tiap-tiap variabel penelitian yang ada secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel.

b. Analisis bivariat

Adalah analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Dalam hal ini peneliti ingin mengetahui ada atau tidaknya pengaruh atau untuk membuktikan hipotesis pengaruh variabel dianalisis dengan menggunakan uji statistik yang akan digunakan adalah uji *t independen* dan uji *wilcoxon*, dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$, yang dilakukan dengan bantuan komputer SPSS.

G. Etika Penelitian

Masalah etika dalam penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting, karena akan berhubungan dengan manusia secara langsung (Hidayat. A. A, 2007).

Etika yang perlu dan harus diperhatikan adalah :

1. Lembar persetujuan (*Informed consent*)

Cara persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Hal tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian.

2. Tanpa nama (*Anonymity*)

Merupakan masalah etika dalam penelitian keperawatan dengan cara tidak memberi nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menandakan kode pada lembar pengumpul data.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini membahas tentang pengaruh terapi modalitas okupasi terhadap tingkat kemandirian lansia di panti sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa. Jumlah responden sebanyak 18 orang, sebanyak 9 orang lansia merupakan kelompok perlakuan dan 9 orang merupakan kelompok kontrol. Setelah diberikan intervensi selama 2 minggu kepada kelompok perlakuan terlihat adanya pengaruh signifikan terhadap tingkat kemandirian pada lansia.

1. Analisis univariat

Tabel 4.1

Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan
dan Pekerjaan Sebelum Masuk Panti di Panti Sosial Tresna
Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa

Karakteristik responden	Kelompok perlakuan		Kelompok kontrol	
	f	%	f	%
Umur				
60-64	1	11,1	1	11,1
65-70	4	44,4	4	44,4
71-75	4	44,4	4	44,4
Total	9	100,0	9	100,0
Jenis kelamin				
Perempuan	8	88,9	5	55,6
Laki-laki	1	11,1	4	44,4
Total	9	100,0	9	100,0
Pendidikan				
Tidak sekolah	5	55,6	8	88,9
SD	1	11,1	1	11,1

SMP	1	11,1	-	-
SMA	2	22,2	-	-
Total	9	100,0	9	100,0
Pekerjaan sebelum masuk panti				
Pensiunan	-	-	1	11,1
Petani	2	22,2	-	-
Wiraswasta	1	11,1	1	11,1
Lain-lain	6	66,7	7	77,8
Total	9	100,0	9	100,0

Sumber : Data Primer, 2014

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa proporsi karakteristik responden berdasarkan umur responden, jumlah terbanyak yaitu pada kelompok umur 65-70 tahun dan 71-75 tahun masing-masing sebanyak 4 orang (44,4%) baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Jenis kelamin responden, pada kelompok perlakuan didapatkan jumlah terbanyak yaitu jenis kelamin perempuan sebanyak 8 orang (88,9%) sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan jumlah terbanyak juga pada jenis kelamin perempuan sebanyak 5 orang (55,6%).

Pendidikan responden, pada kelompok perlakuan didapatkan jumlah terbanyak yaitu pada kelompok pendidikan tidak sekolah sebanyak 5 orang (55,6%) maupun pada kelompok kontrol jumlah terbanyak yaitu pada kelompok pendidikan tidak sekolah sebanyak 8 orang (88,9%). Pekerjaan sebelum masuk panti, pada kelompok perlakuan didapatkan jumlah terbanyak yaitu lain-lain (IRT) sebanyak 6 orang (66,7%) maupun dengan kelompok kontrol yaitu jumlah terbanyak yaitu lain-lain (IRT) sebanyak 7 orang (77,8%).

2. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh variabel independen (terapi okupasi) dengan variabel dependen (tingkat kemandirian) ditunjukkan dengan nilai $p\text{ value} < 0,05$. Sebelum dilakukan uji *paired T test* dilakukan uji normalitas untuk mengetahui apakah data penelitian berdistribusi normal pada tingkat kemandirian sebelum dan setelah pemberian terapi okupasi, maka digunakan uji *Shapiro-Wilk test* karena responden ≤ 50 orang.

- a. Hasil Uji normalitas dengan menggunakan uji *Shapiro Wilk*

Tabel 4.2

Tes Uji Normalitas Data

Test Normalitas	Hasil Uji Shapiro Wilk	
	Kelompok perlakuan	Kelompok kontrol
Pre test	0.009	0.194
Post test	0.000	0.194

Sumber : Data primer, 2014

Tabel di atas menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji normalitas dengan menggunakan uji *Shapiro Wilk* menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan, data tidak berdistribusi normal ($< 0,05$). Sedangkan pada kelompok kontrol data berdistribusi normal ($> 0,05$). Dan setelah dilakukan upaya untuk menormalkan data dengan menggunakan *transform* tapi data masih tidak berdistribusi normal. Maka untuk mengetahui adanya pengaruh terapi okupasi terhadap

tingkat kemandirian lansia sebelum dan setelah dilakukan intervensi maka digunakan uji *Wilcoxon*.

b. Hasil uji *Wilcoxon*

Tabel 4.3

Pengaruh Terapi Okupasi
pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

	Kelompok perlakuan		Kelompok kontrol	
	<i>P value</i>	Perubahan	<i>P value</i>	Perubahan
<i>Pre test- Post test</i>	0,007	2,699	1,000	0,000

Sumber : Data primer, 2014

Pada tabel di atas menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan setelah dilakukan intervensi didapatkan *p value* sebesar 0,007 atau $< 0,05$ berarti hipotesis H_0 ditolak. Jadi, ada pengaruh signifikan pemberian terapi okupasi terhadap peningkatan tingkat kemandirian lansia. Sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan *p value* sebesar 1,000 atau $> 0,05$ berarti tidak ada pengaruh signifikan terhadap tingkat kemandirian lansia.

Tabel 4.4

Tingkat Kemandirian pada Responden

Sebelum dan Setelah Perlakuan

Tingkat Kemandirian	Kelompok Perlakuan				Kelompok Kontrol			
	Pre test		Pos test		Pre Test		Post Test	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ketergantungan Ringan	9	100	-	-	9	100	9	100
Mandiri	-	-	9	100	-	-	-	-
Total	9	100	9	100	9	100	9	100

Sumber : Data primer, 2014

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa tingkat kemandirian pada kelompok perlakuan dengan ketergantungan ringan sebanyak 9 orang (100%) dan setelah dilakukan intervensi terjadi perubahan tingkat kemandirian menjadi mandiri sebanyak 9 orang (90%). Sedangkan pada kelompok kontrol pada ketergantungan ringan sebanyak 9 orang (100%) dan setelah dilakukan pengamatan akhir ketergantungan ringan masih sebanyak 9 orang (90%).

c. Hasil uji *t independent*

Tabel 4.5

Pengaruh Terapi Modalitas Okupasi Terhadap Tingkat Kemandirian Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa.

Group Statistics					
Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Sig. (2-tailed)
Perlakuan	9	20.44	.527	.176	.000
Kontrol	9	17.89	1.054	.351	.000

Sumber : Data primer, 2014

Dari tabel 4.8 di atas memberikan gambaran bahwa secara statistik ada perbedaan yang signifikan tingkat kemandirian lansia antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dilihat dari *p value* $0,000 < 0,05$.

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini peneliti menjelaskan mengenai tingkat kemandirian pada lansia yang mengikuti terapi okupasi, tingkat kemandirian pada lansia yang tidak mengikuti terapi okupasi dan perbandingan tingkat kemandirian pada lansia yang mengikuti dan tidak mengikuti terapi okupasi di panti sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa.

Lanjut usia adalah seseorang yang karena usianya yang lanjut mengalami perubahan biologis, fisik, kejiwaan, dan sosial. Perubahan ini akan memberikan pengaruh pada seluruh aspek kehidupan, termasuk kesehatannya. Oleh karena itu, kesehatan manusia lanjut usia perlu mendapat perhatian

khusus dengan tetap dipelihara dan ditingkatkan agar selama mungkin dapat ikut serta berperan aktif dalam pembangunan (Murwani, 2010). Karena kesehatan yang mulai terganggu pada lanjut usia maka juga akan berakibat terhadap kemandirian lansia atau terjadinya ketergantungan yang akan dialami oleh lansia.

Allah SWT berfirman dalam Q.S Al-Hasyr ayat 18 sebagai berikut :

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا اتَّقُوا اللَّهَ وَلْتَنْظُرَ نَفْسٌ مَّا قَدَّمَتْ لِغَدٍ وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ خَبِيرٌ بِمَا تَعْمَلُونَ

Terjemahannya:

Hai orang-orang yang beriman, bertakwalah kepada Allah dan hendaklah Setiap diri memperhatikan apa yang telah diperbuatnya untuk hari esok (akhirat); dan bertakwalah kepada Allah, Sesungguhnya Allah Maha mengetahui apa yang kamu kerjakan.

Kemandirian adalah kemampuan atau keadaan dimana individu mampu mengurus atau mengatasi kepentingannya sendiri tanpa bergantung dengan orang lain. Kemandirian seorang lansia dapat dilihat dari kualitas hidup lansia itu sendiri, dimana kualitas hidup tersebut dapat dinilai dari kemampuan melakukan *Activity of Daily Living* (ADL) (Maryam, 2008). Kemandirian yang dimaksud pada penelitian ini adalah kemandirian lansia dalam merawat diri seperti makan, berpakaian, buang air besar/kecil, dan mandi.

Terapi kerja atau terapi okupasi adalah suatu ilmu dan seni pengarahan partisipasi seseorang untuk melaksanakan tugas tertentu yang telah ditetapkan. Terapi ini berfokus pada pengenalan kemampuan yang masih ada pada seseorang, pemeliharaan dan peningkatan bertujuan untuk membentuk

seseorang agar mandiri, tidak tergantung pada pertolongan orang lain (Riyadi dan Purwanto, 2009).

Tujuan spesifik dari terapi modalitas menurut *Gostetamy* (1973) yaitu 1) menimbulkan kesadaran terhadap salah satu perilaku klien, 2) mengurangi gejala, 3) memperlambat kemunduran, 4) membantu adaptasi dengan situasi yang sekarang, 5) membantu keluarga dan orang-orang yang berarti, 6) mempengaruhi keterampilan merawat diri sendiri, 7) meningkatkan aktifitas, 8) meningkatkan kemandirian (Riyadi dan Purwanto, 2009). Dengan memberikan pengarahan kepada lansia untuk melaksanakan tugas tertentu sesuai dengan program terapi okupasi, maka diharapkan lansia dapat menjadi lebih mandiri sesuai dengan tujuan yang telah dikemukakan oleh *Gostetamy* di atas.

Pada tabel 4.4 di atas dapat disimpulkan bahwa pada kelompok perlakuan sebelum diberikan intervensi terdapat 9 orang lansia yang mengalami ketergantungan ringan dan setelah dilakukan intervensi maka terjadi perubahan tingkat kemandirian dari 9 orang ketergantungan ringan, 9 orang berubah menjadi mandiri. Hal ini disebabkan karena responden melaksanakan program terapi okupasi yang telah diberikan selama 2 minggu.

Sedangkan pada kelompok kontrol pada pengamatan awal terdapat 9 orang responden yang mengalami ketergantungan ringan dan tidak mengalami perubahan setelah melakukan pengamatan akhir. Maka dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh terapi modalitas okupasi terhadap tingkat kemandirian pada lansia.

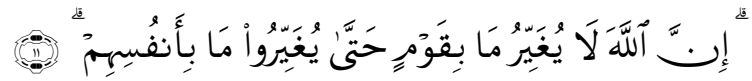
Selanjutnya untuk mengetahui pengaruh terapi modalitas okupasi terhadap tingkat kemandirian lansia dilakukan dengan uji *wilcoxon*, dan membandingkannya antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol.

Berdasarkan hasil penelitian dari uji *wilcoxon* pada tabel 4.3 diketahui bahwa pada kelompok perlakuan, terapi okupasi berpengaruh secara signifikan terhadap tingkat kemandirian lansia karena nilai *p value* $0,007 < 0,05$. Adapun pengaruh yang diberikan pada tingkat kemandirian rata-rata sebesar 2,699. Sedangkan pada sampel kelompok kontrol yang tidak mengikuti terapi okupasi dari uji *wilcoxon*, diketahui bahwa tidak ada perbedaan secara signifikan atau bermakna tingkat kemandirian lansia sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol karena nilai *p value* $1,00 > 0,05$.

Hasil uji *t independent* menunjukkan bahwa setelah dilakukan intervensi selama 2 minggu perubahan tingkat kemandirian lansia yang dilihat pada tabel 4.5 pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol secara statistik menunjukkan perbedaan yang signifikan antara kedua kelompok dengan $p=0,000$. Artinya terapi okupasi secara bermakna mempengaruhi tingkat kemandirian lansia.

Berdasarkan uji hipotesis di atas dalam penelitian ini diperoleh hasil bahwa terdapat pengaruh yang signifikan terapi modalitas okupasi terhadap tingkat kemandirian lansia. Hal ini menunjukkan bahwa adanya pengaruh terapi modalitas okupasi terhadap tingkat kemandirian lansia di panti sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa.

Allah SWT berfirman dalam Q. S. Ar Raad ayat 11 sebagai berikut :



Terjemahnya:

Sesungguhnya Allah tidak merubah keadaan sesuatu kaum sehingga mereka merubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri (Al-Quran digital).

Dari ayat di atas menjelaskan bahwa Tuhan tidak akan merubah keadaan seseorang, selama mereka tidak merubah sebab-sebab kemunduran mereka. Seperti halnya dalam penelitian ini, lansia tidak akan mengalami kondisi atau kesehatan yang lebih baik apabila tidak didasarkan pada keinginan sendiri sehingga Allah memberikan kesehatan dan masih bisa melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari.

Terjadinya peningkatan tingkat kemandirian pada lansia karena responden pada kelompok perlakuan rata-rata mengikuti arahan peneliti sesuai dengan program terapi okupasi yang dilakukan selama 2 minggu. Namun masih terdapat responden yang memiliki tingkat mandiri dengan ketergantungan ringan walaupun telah terjadi peningkatan, hal ini disebabkan karena waktu pemberian terapi yang diberikan hanya 2 minggu. Jadi diharapkan perlunya dilakukan penelitian kembali dengan waktu penelitian yang lebih panjang.

Allah SWT berfirman dalam Q.S Al Jumua' ayat 10 sebagai berikut:

فَإِذَا قُضِيَتِ الصَّلَاةُ فَانْتَشِرُوا فِي الْأَرْضِ وَابْتَغُوا مِنْ فَضْلِ اللَّهِ وَاذْكُرُوا اللَّهَ
كَثِيرًا لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ ﴿١٠﴾

Terjemahnya :

Apabila telah ditunaikan shalat, maka bertebaranlah kamu di muka bumi; dan carilah karunia Allah dan ingatlah Allah banyak-banyak supaya kamu beruntung (Al-Quran digital).

Allah SWT memerintahkan kepada hambanya untuk menunaikan sholat karena di dalamnya terdapat banyak karunia Allah. Dengan melaksanakan sholat 5 waktu maka lansia diharapkan dapat meningkatkan tingkat kemandiriannya sesuai dengan firman Allah di atas agar lansia bisa mendapatkan karunia dari Allah.

Dalam penelitian ini, kriteria inklusi yaitu ketergantungan ringan dan ketergantungan sedang baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Namun pada saat peneliti melakukan observasi, peneliti hanya mendapatkan lansia yang mengalami ketergantungan ringan dan ketergantungan berat. Sehingga peneliti hanya mengambil lansia dengan ketergantungan ringan kemudian dijadikan sebagai responden.

Kelemahan dalam penelitian ini yaitu dalam penelitian ini waktu untuk mengontrol responden agak sulit karena responden berbeda-beda tempat (wisma), sehingga peneliti kewalahan mengontrol responden. Perlunya dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh terapi modalitas dengan

melibatkan jumlah sampel yang besar, waktu penelitian yang lebih panjang, dan metode pengendalian faktor perancu yang lebih ketat.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan rata-rata lansia mengalami ketergantungan ringan sebanyak 10 orang pada kelompok perlakuan dan 10 orang pada kelompok kontrol.
2. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil bahwa responden yang mengalami ketergantungan ringan yang tadinya 10 orang berubah menjadi mandiri sebanyak 9 orang setelah diberikannya terapi modalitas okupasi
3. Dari hasil penelitian diketahui bahwa adanya pengaruh terapi modalitas okupasi terhadap tingkat kemandirian lansia.

B. Saran

1. Terapi okupasi perlu diterapkan pada lansia, karena terapi ini mengajarkan pada pengenalan kemampuan yang masih ada pada seseorang, pemeliharaan dan peningkatan bertujuan untuk membentuk seseorang agar mandiri, tidak tergantung pada pertolongan orang lain.
2. Dengan terapi modalitas okupasi, lansia dapat memelihara kemandiriannya dalam jangka waktu yang lama.
3. Terapi modalitas okupasi dapat meningkatkan tingkat kemandirian lansia jika dilakukan secara rutin.

4. Perlunya dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh terapi modalitas dengan melibatkan jumlah sampel yang besar, waktu penelitian yang lebih panjang, dan metode pengendalian faktor perancu yang lebih ketat.



DAFTAR PUSTAKA

- Al-Qur'an dan Terjemahannya. 2005. (Bandung : Jumanatul 'Ali-Art)
- Arbianto. *Lansia*. [online] [2013]. Diakses dari [www.http://abybactory.com/2013/03/lansia.html?m=1](http://abybactory.com/2013/03/lansia.html?m=1) pada tanggal 31 januari 2014
- Carpenito, Lynda Juall. 2009. *Diagnosa Keperawatan Aplikasi pada Praktik Klinis Edisi 9*. Jakarta: EGC
- Elfiyunai, Ni Nyoman. 2005. "*Pengaruh Terapi Lingkungan Terhadap Tingkat Ketergantungan Pada Lansia Depresi yang Tinggal di Panti Unit Pelayanan Sosial Tresna Werdha Tulungagung*". Skripsi. Surabaya: Universitas Airlangga
- Friedman, Marilyn. 2010. *Keperawatan Keluarga: Teori Praktik*. Edisi 5. Jakarta: EGC
- Halim, Sutriani. 2010. "*Studi Perbandingan Tingkat Kemandirian antara Lansia yang Tinggal di Panti Sosial Tresna Gau Mabaji Kab. Gowa dengan yang Tinggal di Rumah wilayah kerja Puskesmas Kassi-kassi*". Skripsi. Makassar: UIN Alauddin Makassar
- Hamid, Rahman. *Terapi Modalitas pada Lansia*. [online] [2013]. Diakses dari [www.scribd.com/doc/177266417Terapi-Modalitas-Pada-Lansia.pdf](http://www.scribd.com/doc/177266417/Terapi-Modalitas-Pada-Lansia.pdf) pada tanggal 31 januari 2014.

- Hardywinoto, Setiabudhi. 2007. *Panduan Gerontologi*. Jakarta: Pustaka Utama
- Hasan, Tamlicha. *Kemandirian dalam Pandangan Islam*. [online] [2010]. Diakses dari <http://www.gemabaiturrahman.com/2010/04/khutbah-jumat-24-kemandirian-dalam.html?m=1>. Pada tanggal 31 januari 2014
- Hayati, Sari. *Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Kesenian pada Lansia*. [online] [2010]. Diakses dari <http://repository.usu.ac.id/>. Pada tanggal 31 januari 2014
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2008. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Surabaya: Salemba Medika
- Hidayat, A. Aziz. 2007. *Metode Penelitian Keperawatan dan teknik analisa data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kasjono, Subaris Heru dan Yasril. 2009. *Teknik Sampling untuk Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Kementrian Agama RI. 2010. *Al-Qur'an & Tafsirnya Jilid 5*. Jakarta: Penerbit Lentera Abadi, Jakarta.
- Komisi Nasional Lanjut Usia. 2010. *Profil Penduduk Lanjut Usia 2009*.
- Maryam, R. Siti, dkk. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika
- Mubarak, Wahit Iqbal dkk. 2006. *Ilmu Keperawatan Komunitas 2*. Jakarta: CV. Segung Seto

Murwani, A. Priyantari, W. 2010. *Gerontik Konsep Dasar dan Asuhan Keperawatan Home Care dan Komunitas*. Fitramaya: Jogjakarta

Nugroho, H. Wahjudi. 2008. *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik, Edisi 3*. Jakarta: EGC

Nugroho, Wahjudi. 2009. *Komunikasi dalam Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC

Nursalam. 2003. *Konsep Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika : Jakarta

Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

Primadayanti, Silvina. 2011. “*Perbedaan tingkat Kemandirian Activity of Daily Living (ADL) pada Lansia yang Mengikuti dan tidak Mengikuti Posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember*” Skripsi. Jember : Universitas Jember

Rayendra. *Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kemandirian Lansia dalam Melakukan Aktivitas Kehidupan Sehari*. [online] [2012]. Diakses dari www.scribd.com/doc/101613272/Faktor-Yang-Mempengaruhi-Tingkat-Kemandirian-Lansia-Dalam-Melakukan-Aktivitas-Kehidupan-Sehari.pdf. Pada tanggal 31 februari 2014.

Riyadi, S. dan Purwanto, T. 2009. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Setiawan, Herman Adi. 2009. *Kemandirian pada lansia. Tugas Keperawatan Gerontik*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kepanjen.

Stanley, Mickey. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 2*. Jakarta: EGC

Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta: Bandung.

Tamher, S. dan Noorkasiani. 2009. *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

Videbeck, Sheila L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC

Yunita, Nalindra Prima. 2010. *Pusat Pelayanan Lanjut Usia di Jember. Tugas Akhir*. Surabaya: Fakultas Teknik Sipil dan Perencanaan Universitas Pembangunan Nasional Veteran.

Zakariyah, Ahmad. 2009. "Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kemandirian pada Lanjut Usia di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Budi Mulia 04 Margaguna Jakarta Selatan Tahun 2009" Skripsi. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.

PERMOHONAN PERSETUJUAN WAKTU UJIAN TUTUP

Nama : Herni Hamzah

Stambuk : 70300110045

Jurusan : Ilmu Keperawatan

Judul skripsi : Pengaruh Terapi Modalitas Okupasi Terhadap Tingkat Kemandirian Lansia di panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kab. Gowa.

Hari/tanggal :

Jam :

Dengan Persetujuan Pembimbing dan Penguji

No .	Nama	Jabatan	Persetujuan Waktu Seminar		
			Hari/Tanggal	Jam	Tanda tangan
1.	Sukriyadi, S.Kep.,Ns.,M.Kes	Pembimbing I			
2.	Muh. Basir, S.Kep.,Ns.,M.Kes	Pembimbing II			
3.	DR. Nurhidayah, S.Kep.,Ns.,M.Kes	Penguji I			
4.	Muhaemin, S.Ag,M.TH.I	Penguji II			

Makassar, Agustus 2014

Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

H. Sukriyadi, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 19620911 198803 1 001

Muh.Basir, S. Kep.,Ns.,M. kes
NIP. 03 061083 01

nama inisial	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 pa	2	2	1	1	3	3	2	1	1	1
2 su	2	1	1	1	3	1	3	2	1	1
3 ma	2	1	2	1	3	3	3	2	1	1
4 sz	2	1	2	1	3	3	3	2	1	1
5 dj	2	1	2	1	3	3	3	2	1	1
6 ta	2	1	2	1	3	3	2	2	1	1
7 mr	2	1	2	1	3	3	3	2	0	1
8 ja	2	1	2	1	3	3	3	2	1	1
9 mi	2	1	2	1	3	3	3	2	1	1
10 tb	2	1	2	1	3	3	2	2	1	1
11 am	2	1	1	1	3	3	3	1	1	1
12 tc	2	1	2	1	3	3	3	2	1	1
13 is	2	2	2	0	3	3	2	2	1	1
14 az	2	1	2	1	3	3	3	2	1	1
15 dk	2	1	2	1	3	3	3	2	1	1
16 pt	2	1	1	1	3	3	3	2	1	1
17 ng	2	1	2	1	3	1	3	2	1	1
18 nu	2	1	2	1	3	1	2	2	1	1

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
 MAKASSAR

17
16
19
19
19
18
18
19
19
18
17
19
18
19
18
17
16



nama inisial	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1 pa	2	2	2	1	3	3	3	2	2	1	21
2 su	2	2	2	1	3	3	3	3	1	1	21
3 ma	2	2	2	1	3	3	3	2	1	1	20
4 sz	2	2	2	1	3	3	3	2	1	1	20
5 dj	2	2	2	1	3	3	3	2	2	1	21
6 ta	2	2	2	1	3	3	3	2	1	1	20
7 mr	2	2	2	1	3	3	3	2	1	1	20
8 ja	2	2	2	1	3	3	3	2	2	1	21
9 mi	2	2	2	1	3	3	3	2	1	1	20
10 tb	2	1	2	1	3	3	2	2	1	1	18
11 am	2	1	1	1	3	3	3	1	1	1	17
12 tc	2	1	2	1	3	3	3	2	1	1	19
13 is	2	2	2	0	3	3	2	2	1	1	18
14 az	2	1	2	1	3	3	3	2	1	1	19
15 dk	2	1	2	1	3	3	3	2	1	1	19
16 pt	2	1	1	1	3	3	3	2	1	1	18
17 ng	2	1	2	1	3	1	3	2	1	1	17
18 nu	2	1	2	1	3	1	2	2	1	1	16